



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Promoção da Saúde da criança/do jovem e família de
cultura cigana**

Liliana Amador Nunes nº 4866

Lisboa

Maio de 2014



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Promoção da Saúde da criança/do jovem e família de
cultura cigana**

Discente: Liliana Amador Nunes nº 4866

Docente- Orientadora: Enf^a. Prof^a. Maria Manuela Soveral

Lisboa

Maio de 2014

AGRADECIMENTOS

A frequência do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, cursado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi um marco no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Durante este período, de quase dois anos, foram muitos os momentos de aprendizagem e muitas as pessoas com quem pude partilhar conhecimentos e sentimentos.

Aos meus **familiares, namorado e amigos** por todo o apoio, carinho, incentivo e amizade com que me brindaram neste percurso.

Às **Professoras do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem** na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, entre as quais nunca poderia deixar de destacar a minha orientadora **Professora Maria Manuela Soveral**, pela amizade, compreensão, disponibilidade, ensinamentos, sugestões e saberes que me transmitiu.

Aos **Enfermeiros-orientadores** dos diferentes locais de estágio pela paciência e partilha de conhecimentos determinantes neste percurso de aprendizagem e no atingir de competências.

Em especial, às minhas **amigas e colegas de grupo** nas diferentes Unidades Curriculares, Carla Coimbra, Lília Mota e Tânia Franco e também aos **colegas de equipa de trabalho do Serviço de Pediatria Piso 6**, que ouviram (frequentemente) os meus desabafos, me apoiaram e me ajudaram a superar desafios que pareciam insuperáveis, nomeadamente à Barbara Santos que me levou a embarcar nesta aventura.

BEM-HAJA e MUITO OBRIGADA a todas as pessoas que contribuíram, directa ou indirectamente, para a concretização deste trabalho, nomeadamente **crianças/jovens e famílias** com as quais tive e tenho diariamente a oportunidade e honra de privar, através dos cuidados de Enfermagem que presto e me enchem a alma, devido ao gosto pela profissão e área de Especialização.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

Cada um de nós, enquanto cidadão, tem um papel a desempenhar na criação de um mundo melhor para as nossas crianças.

Discurso de Nelson Mandela em 2002

LISTA DE SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ACIDI- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

ARSLVT- Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CCEE- Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

CEEESCJ- Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem

CHLN- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ- Comissão de Protecção da Criança e do Jovem

EESCJ- Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem

ESIP- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

GACI- Gabinete de Apoio às Comunidades Ciganas

HFF- Hospital Fernando da Fonseca

HSM- Hospital de Santa Maria

NIPS- *Neonatal Infant Pain Scale*

OE- Ordem dos Enfermeiros

PQCE- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PNV- Plano Nacional de Vacinação

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RPQCE- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados

SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SU- Serviço de Urgência

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP- Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

LISTA DE ABREVIATURAS

EE- Enfermeiro Especialista

Enf.- Enfermeiro

Enf.^a- Enfermeira

Enfs.- Enfermeiros

Prof.^a- Professora

RN- recém-nascido

Sr.^a- Senhora

RESUMO

Actualmente, a marcada presença da multiculturalidade nas sociedades coloca desafios permanentes aos profissionais de saúde, devido à necessidade de adaptação a novas populações-alvo de cuidados.

Devido à situação mundial de mobilidade humana e à globalização, demanda como premissa para a Enfermagem de qualidade, como o futuro da profissão e como parte integrante do processo de cuidados a aquisição de conhecimentos sobre as culturas. Diversos teóricos de enfermagem não esqueceram este fenómeno, abordando a Enfermagem Culturalmente Competente com significativa importância, considerando-a como uma exigência e como promotora de ganhos em saúde.

Sabendo que a promoção da saúde é integradora da melhoria contínua dos cuidados e por acreditar que só aquilo que se conhece é que se compreende, determinou-se como importante abordar a cultura cigana.

Este relatório tem como propósito descrever objectivamente as experiências e actividades desenvolvidas durante o estágio, através da análise crítica e reflexão pessoal sobre os contributos deste percurso e sobre o tema **“Promoção da Saúde da Criança/ do Jovem e Família de cultura cigana”**.

Foi utilizada a metodologia de projecto e prática-reflexiva, que veio desaguar no presente relatório, focando-se a parceria de cuidados determinante para os cuidados centrados na família, a Enfermagem Culturalmente Competente, a Promoção da Saúde e a Cultura Cigana, como capítulos do mesmo.

Enquanto agente de mudança, o Enfermeiro dedica o seu trabalho à busca de informação e conhecimento, em contexto de formação, verificando-se fundamental a partilha dos mesmos bem como a formação de pares, para que a exigência da Enfermagem Culturalmente Competente seja alargada a todos os profissionais envolvidos nos cuidados a estas crianças e famílias, proporcionando indirectamente cuidados especializados e de qualidade e para que o acesso igualitário aos cuidados de saúde seja real.

Palavras-chave: Enfermagem Culturalmente Competente, Parceria de cuidados, Promoção da Saúde, Cultura cigana.

ABSTRAT

Currently, marked presence of multicultural societies position ongoing challenges for health professionals, due to the need to adapt to the new target populations of care.

In line for the global situation of human mobility and globalization, demands as a premise for Nursing Quality, as the future of the profession and as an integral part of the care process, to acquire knowledge about the cultures.

Many nursing theorists have not forgotten this phenomenon, addressing Culturally Competent Nursing with significant importance, considering it as a requirement and as a health gain promoter.

Knowing that health promotion is inclusive in the needed improvement of care and believing that the only what we know is that what it is understood, was determined as important to spoke about the Gypsy culture.

This report aims to objectively describe the experiences and activities during the internship through critical analysis and personal reflection of the contributions of this course and the theme "**Promoting Health in Child / Youth and Family of gypsy culture**".

The project methodology and reflective practice, which came flowing into the present report, the partnership focusing as decisively on family-centered care, the Culturally Competent Nursing, Health Promotion Culture and Gypsy, are chapters of the same.

As a change agent, nurse dedicates its work to the quest for information and knowledge in the training context, verifying that sharing is a key as well as the formation of pairs, so that the requirement of Culturally Competent Nursing is extended to all professionals involved in the care of these children and families, indirectly providing specialized and quality care and helping the equalization access to health care to became real.

Keywords: Culturally Competent Nursing, Partnership in Care, Health Promotion, Gypsy Culture.

INDICE

0. NOTA INTRODUTÓRIA	11
1. IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	13
1.1 Enquadramento de Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do jovem	15
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	19
2.1 Enfermagem Culturalmente Competente	19
2.2 Parceria de Cuidados - a importância da Família	21
2.3 Promoção da Saúde	23
2.4 Cultura Cigana	25
3. APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	32
3.1 Descrição e análise dos objectivos propostos, actividades desenvolvidas, recursos utilizados e aprendizagens alcançadas.....	32
3.2 Implicação do tema para a prática	44
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
APÊNDICES	60
Apêndice I - Cronograma de Ensino Clínico	61
Apêndice II - Tabela de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem	63

INDICE (Continuação)

Apêndice III - Slides das apresentações em sessão lectiva de Orientação Tutorial durante a UC Estágio com Relatório	73
Apêndice IV - Cartaz de Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan	92
Apêndice V - Dossier Informativo sobre a Cultura Cigana	94
Apêndice VI - Sessão de Formação (planeamento, execução e avaliação) intitulada <i>“Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a Criança/ o Jovem e família de cultura Cigana”</i>	119
ANEXOS.....	137
Anexo I - Modelo de Enfermagem Transcultural de Madeleine Leininger	138
Anexo II – Modelo de Cuidados de Anne Casey	140
Anexo III - Desenvolvimento Infantil até aos cinco anos	142
Anexo IV - Escalas de Dor	145

0. NOTA INTRODUTÓRIA

A trabalhar, desde o *terminus* da Licenciatura há quase 9 anos, num serviço de Pediatria, reconheci a importância da relação terapêutica e aquilo que nela se implica, assimilando que a formação contínua e a prática diária vão consolidando as intervenções realizadas e contribuindo para a construção de uma identidade profissional.

Considerarei fundamental, para além das competências já adquiridas, desenvolver competências especializadas no âmbito do cuidar da criança/família, sendo que de acordo com o contemplado no artigo 7º, alínea 2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [OE], “(...) o *título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade (...)*”. (OE, 1998)

Deste modo e, pela necessidade de desenvolver e aprofundar competências, resolvi frequentar o mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Por conseguinte, no decorrer do meu percurso formativo, tornou-se imperativo consciencializar-me da importância dos cuidados prestados à criança e respectiva família, facto que se encontra contemplado no artigo 69º da Constituição da República Portuguesa: “*As crianças têm direito à protecção da Sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral (...)*”.

A temática transversal da Unidade Curricular Estágio com Relatório, por mim escolhida, surge ligada aos cuidados de enfermagem à criança/ ao jovem e família de cultura cigana, sob o tema “Promoção da Saúde da Criança/do Jovem e família de cultura cigana”.

Tal tema justifica-se, em parte, à ambição pela abordagem efectiva da multiculturalidade, em concreto à cultura cigana, como forma de cuidado culturalmente competente, pretendendo dar respostas adequadas ao projecto de saúde individual de cada criança/jovem e família desta cultura, no sentido da promoção da sua saúde, sendo desejo deste percurso a aquisição de competências de EESCJ.

No 3º Semestre do curso supracitado foi solicitada a elaboração de um relatório de estágio, visando descrever a aplicação do projecto, com o principal

objectivo de ser um trabalho de descrição e reflexão pormenorizada sobre as actividades desenvolvidas por mim enquanto mestranda no âmbito de estágio de forma a aprofundar, reflectir e relacionar os conhecimentos teóricos com as competências desenvolvidas em contexto de interacção com a criança/o jovem, família e comunidade.

Assim, este relatório de estágio personalizado pelo relato das experiências vividas em estágio, enquanto etapa decisiva da formação pessoal e profissional, fez-se com a análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas durante a unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do curso de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

O estágio decorreu entre 7 de Outubro de 2013 e 14 de Fevereiro de 2014, em contexto comunitário e clínico em cuidados de saúde primários, serviço de Urgência, Internamento Pediátrico e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, com o intuito de implementar o projecto sob o tema referenciado e anteriormente demarcado.

Este trabalho está organizado em três partes, que são: a presente nota introdutória, o desenvolvimento, que contempla a identificação e justificação do tema no enquadramento de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, o enquadramento conceptual, onde se abordam os Cuidados Centrados na Família, a Teoria do Cuidar Cultural de Leininger, a Promoção da Saúde e a Cultura Cigana, e a reflexão sobre as aprendizagens e desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem, fazendo a descrição e análise dos objectivos a que me havia proposto, actividades desenvolvidas e recursos utilizados em cada campo de estágio e as implicações destas experiências para a prática. Por fim, as considerações finais.

Existem Apêndices e Anexos que complementam a informação presente no relatório.

1. IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Desde os anos 70, que o número de migrações duplicou, de acordo com o *“International Migration Report 2002”* do Departamento das Nações Unidas. (Unesco, 2006)

O processo de imigração global em que Portugal se encontra envolvido reflecte esta realidade de trocas entre diferentes culturas, em expansão e com um impacto considerável nas estruturas demográficas e sociais da população do país.

Nas últimas décadas, Portugal deixou de ser apenas um país de emigração, conforme hoje se regista em milhares de pessoas que anualmente saem do seu país, para passar a ser um país também de imigração, com um crescente aumento, de acordo com Machado em 2009, do número de indivíduos provenientes dos mais diversos locais do mundo, em particular, do continente africano (predominantemente das ex-colónias Portuguesas), da Europa de Leste, do continente asiático (China e Índia) e, mais recentemente, do Brasil, além da pré-existente comunidade cigana.

A carga cultural associada aos cuidados infantis exige, por isso, a adaptabilidade por parte dos pais às práticas dos países acolhedores, mas também dos profissionais de saúde face a outras realidades culturais.

Desta forma a vinda de outras culturas e, consequentemente, de outras maneiras de analisar os conceitos de saúde e de doença, levam a que os enfermeiros se consciencializem do défice de conhecimentos em relação ao cuidar das crianças e famílias dessas culturas.

De um modo geral, os grupos sociais, que constituem as minorias étnicas têm menor probabilidade de viver com saúde e de ter uma vida longa.

As condições materiais da existência destes grupos bem como a marca do social, evidenciada nas atitudes e comportamentos do quotidiano, associados à saúde / doença, são fortemente responsáveis por grande parte das diferenças no estado de saúde destes indivíduos, o que também se verifica nas estatísticas da mortalidade.

O acesso de muitas famílias ciganas ao Rendimento Mínimo Garantido e aos programas de realojamento, demonstra de forma dramática, a regra geral de que, ainda hoje, existem contrastes sociais e culturais que permitem assinalar uma vulnerabilidade acentuada, sendo crescente a evidência de resultados

significativamente menos favoráveis nos grupos culturais menos dominantes, no que se refere a cuidados de saúde de qualidade.

A melhor forma de compreender e respeitar as formas de vida das famílias, para com elas estabelecer um plano promotor da saúde (ou terapêutico), está presente no cuidado culturalmente competente e adequado às diferenças individuais de cada utente/ família.

A competência cultural não se prende apenas com a atenção dispensada às diferenças culturais, mas sim com a integração da cultura nos processos de cuidados como forma de dotar o sistema de saúde para o desenvolvimento e promoção da saúde e bem-estar.

Ao identificar as necessidades relacionadas com esta competência cultural quer nas políticas de saúde, quer nas verificadas também no serviço onde desenvolvo as minhas funções de Enfermeira Generalista, permiti-me analisar e tomar consciência das diferenças e semelhanças culturais entre pessoas de diversas culturas, identificando, *a posteriori*, e com o objectivo de compreender algumas pistas relacionadas com o comportamento cultural das mesmas para melhor cuidar das pessoas com quem estaria a lidar, não permitindo que o meu etnocentrismo me toldasse a análise dessas diferenças e semelhanças culturais.

Tendo em conta as práticas de enfermagem sustentadas, personalizadas e de qualidade e, consequentemente, a prestação de cuidados culturalmente competentes, com os respectivos ganhos em saúde, surgiu a necessidade de conhecer e compreender as populações-alvo. Devido à numerosa afluência ao meu serviço de crianças, jovens e famílias de cultura cigana, por hospitalização, mais um menos prolongada, ou por seguimento da doença crónica em regime de Hospital de Dia, essa cultura passou a foco de interesse ao longo do estágio.

Assim, do levantamento das necessidades decorrentes da prática clínica, visto serem transversais à restante equipa de cuidados do serviço, verifiquei que as práticas face ao utente pediátrico e família de cultura cigana divergiam.

Algumas situações relacionadas com os comportamentos dos elementos da equipa de Enfermagem face às crianças/jovens e família de cultura cigana, directamente relacionados com o pouco conhecimento do contexto cultural subjacente, suscitavam alguns juízos negativos, de que resultava uma barreira à promoção da saúde destas crianças/ destes jovens, sendo um factor determinante para levantar a problemática da Promoção da Saúde da criança/do jovem e família

de cultura cigana. Outro factor primordial foi o interesse em conhecer o porquê da dificuldade de integração da comunidade cigana às normas do serviço, quando em situação de hospitalização e também face aos cuidados de saúde antecipatórios.

Desenvolvi o meu trabalho com o princípio emergente de que *“todas as crianças precisam de estar livres de discriminação”*, transparecida na Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças e porque, enquanto EESCJ, considero que todos devemos colaborar no sentido de assumir um papel activo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, ainda mais por pertencer a um serviço que se encontra em processo de acreditação, assumindo a preocupação relacionada com a garantia da qualidade nos serviços.

Deste modo, e, conseqüente desta afirmação, surge a necessidade de se definirem novos indicadores de qualidade, o que vem ao encontro das necessidades expressas pela OE e a nível internacional, pela OMS e pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, no referente à necessidade de implementação de um sistema de qualidade, resultante em indicadores que revelem um exercício profissional de qualidade.

Actualmente, os indicadores de qualidade definidos para a pediatria são: mortes, demora média, ocorrências (acidentes e incidentes, úlceras de pressão e quedas) e reclamações realizadas. Estes indicadores mostram-se insuficientes, na medida em que existem problemas e focos de atenção de enfermagem, que exigem indicadores adequados aos cuidados de ESIP, entre os quais a satisfação do cliente. Por mais que os atuais indicadores de saúde sejam fundamentais, tal como Pereira (2007) refere, há necessidade de valorizar novos ganhos em saúde, tais como uma população orientada para a promoção da saúde e prevenção da doença.

1.1 Enquadramento do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem

O cuidar como disciplina tem sido abordado por numerosos teóricos de Enfermagem que demonstram que esta prática não engloba apenas a prestação de técnicas invasivas ou procedimentos técnicos, mas também o envolvimento do “eu” prestador que se “dá” como pessoa.

A “ (...) *prestação de cuidados culturalmente sensíveis*” está definida pela OE como uma competência do enfermeiro de cuidados gerais, não sendo exclusiva do

enfermeiro especialista, sendo que essa sensibilidade à cultura do outro supõe, por um lado, que “ (...) *respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos (...)*”, mas também, e fundamentalmente, “ (...) *reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados (...)*” (OE, 2004, p.18).

No Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro, que regulamenta a Carreira de Enfermagem em Portugal, atribui-se como competência do enfermeiro especialista “ (...) *prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) (...) no âmbito da especialidade que possui*” (Capítulo II, Secção I, Artigo 7º, Ponto 2, a)).

O EE é definido como aquele que possui “*um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas...*” (DR nº35/2011, p.8648) na área de intervenção desenvolvida.

Deste modo, espera-se que no desenvolvimento profissional, qualquer Especialista em Enfermagem “*proporcione benefícios essenciais de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes*” e que o desempenho se traduza “ *na prestação de cuidados de nível avançado (...) no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente*”.(OE, 2007, p.16)

As qualificações profissionais associam-se, frequentemente, à aquisição de um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos através de uma combinação entre a aprendizagem a partir da prática profissional e a formação escolar, em que são certificadas determinadas competências.

O Enf. Especialista deverá estar mais sensibilizado para as questões relacionadas com o cuidado cultural, concepção que está na linha de pensamento de Madeleine Leininger.

Segundo a OE (2007, p.11), com o objectivo de “*proporcionar um cuidado de Enfermagem culturalmente sensível, congruente com os factores que influenciam a saúde/bem-estar*”, torna-se necessário “*descobrir o significado do cuidado cultural e as práticas de cuidados específicos de cada cultura*”.

O Enf. Especialista, no desempenho profissional, proporciona benefícios essenciais de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes, de forma integrada e coordenada e, garantindo desta forma a continuidade de cuidados (OE, 2007)

A dimensão holística do indivíduo surge no processo de cuidados, sendo o seu meio, a sua cultura e as suas crenças, agentes importantes a ter em conta na prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade.

Nesta linha de raciocínio, o cuidar em enfermagem deve postular acções em parceria com a criança e família/pessoa significativa, com o intuito de garantir a *“majoração em ganhos em saúde na criança/jovem”* (CEESCJ)

Apoiando-me na filosofia dos Cuidados Centrados na Família realizei pesquisas sobre a Teoria do Cuidar Cultural de Madeleine Leininger, procedendo à leitura do modelo teórico de Enfermagem Culturalmente Competente de Larry Purnell, adequado às problemáticas do cuidar relacionadas com a cultura, abrindo o leque a reconhecer situações da prática e específicas da cultura cigana nestes modelos.

De acordo com o Artigo 80.º do REPE (p.76), as directrizes face ao “dever para com a comunidade” preconizam que *“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados; c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade”*.

De acordo com o enunciado pela OE nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem [PQCE] (p.14) o intento de *“(...) procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”,* leva a que se tenha como *“elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”*.

O desenvolvimento de competências específicas na área de intervenção a que um mestrando se propõe está, também, inerente no percurso do EESCJ.

Considero que durante os Ensinos Clínicos do 3ºSemestre alcancei a premissa do desenvolvimento do conhecimento cultural, quer pela tomada de consciência e pela utilização de teorias, quer pela utilidade prática dos mesmos nas situações de cuidado e partilha com colegas da equipa multidisciplinar.

O EESCJ trabalha em parceria com a criança/ o jovem e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela/ele se encontre, para que se promova o mais elevado estado de saúde possível, através da prestação de cuidados à criança/ ao jovem saudável ou doente, da educação para a saúde e da identificação e mobilização dos recursos de suporte da família/pessoa significativa.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No presente capítulo pretende-se focar alguns aspectos conceptuais que foram orientadores da prática ao longo da UC Estágio com Relatório, nos diferentes contextos clínicos, como foi o caso da Enfermagem Culturalmente Competente abordada pela teórica de Enfermagem Madeleine Leininger, a parceria de cuidados sem deixar de evidenciar a importância dos cuidados centrados na família e duma relação terapêutica eficaz, assim como os conceitos de Promoção da Saúde e informação relevante para o conhecimento da Cultura Cigana.

2.1. Enfermagem Culturalmente Competente

Tendo em conta a diversidade cultural, em virtude da afluência de utentes pertencentes a diferentes comunidades e culturas, os profissionais de saúde têm de estar capacitados para dar resposta a uma população cujas características se têm modificado.

Parte dessa capacitação passa por conhecerem quais as concepções de saúde-doença dessas pessoas e ajustar os seus procedimentos a essas realidades, de modo a criar uma relação terapêutica.

Para que se possam prestar cuidados de Enfermagem com qualidade tem de se considerar muito importante a cultura das pessoas.

Segundo Leininger (Leininger, 1999) o cuidar perspectiva-se como *“...fornecer apoio, conforto, segurança e ajuda ao paciente (...) é transcultural, apela para a valorização das crenças que influenciam a forma como manifestam as suas necessidades de cuidados”*.

Sendo a Enfermagem transcultural definida como: *“Um ramo da enfermagem teórico e prático centrado numa análise comparativa das diferentes culturas e sub culturas no Mundo, relativos aos cuidados, à saúde/doença e valores e práticas no Mundo com a finalidade de usar estes conhecimentos de modo a prestar cuidados de enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com os seus valores culturais no contexto de saúde-doença”*. (Leininger, 1999, p.9) (Anexo I)

Para Leininger o seu propósito *“Consiste em (...) que os enfermeiros possam adquirir competências culturais seguras, e cuidados congruentes a pessoas com diferentes culturas mundiais”*.(Leininger, 1995, p.571)

Assim, através do conceito de Enfermagem Transcultural, o Enf. deve estar preparado para comparar *“(...) valores, crenças e usos e costumes de indivíduos ou grupos, de culturas similares ou diferentes, com o objectivo de promover práticas de cuidar de enfermagem culturalmente específicas e universais e que assim sejam promotoras de saúde ou bem-estar, ou ajudem as pessoas a fazer face a condições humanas desfavoráveis, doença ou morte”* (Ibid, p.571).

O uso do termo *pessoa* é considerado desadequado, uma vez que algumas culturas não se centram na pessoa, sendo este conceito utilizado para considerar não só o indivíduo, mas também as famílias, grupos, culturas, instituições e comunidades (Leininger, 1995)

O cuidar infantil pode ter muitas variantes culturais, com barreiras relacionadas com as crenças e os costumes, transmitidos pela família, e que podem dificultar o desenrolar do processo de cuidados e a comunicação entre a equipa de saúde e os pais.

Assim, é necessário que os enfermeiros desenvolvam competência cultural.

Desenvolver esta competência é um processo lento e que exige do Enf. a mudança do seu modo de pensar e de actuar, tomando consciência de que: *“(...) Os Enfermeiros devem ser culturalmente competentes porque: (...) a assistência que não é culturalmente competente pode posteriormente aumentar o custo da assistência de saúde e diminuir as hipóteses de resultados positivos”*. (Stanhope e Lancaster, 1999)

Opperman (2001) defende que para que se desenvolva a competência cultural é necessário que o enfermeiro tenha sensibilidade cultural, isto é que os enfermeiros devem ter conhecimento e respeitarem as crenças e costumes de outras culturas.

Ideia não menos importante para os cuidados de ESIP é a de que a cultura da família afecta a forma como ela procura os cuidados de saúde e cumpre as recomendações dos profissionais de cuidados de saúde, afectando, assim, a intervenção face à Promoção da Saúde.

Verdade também é que é impossível conhecer os modos de vida e as práticas de cuidados de todas as culturas e grupos étnicos que se podem encontrar, mas é

possível planear as intervenções de enfermagem em conjunto com os clientes, de acordo com as diferenças culturais.

2.2. Parceria de Cuidados - a importância da família

De acordo com o Regulamento nº 123/2011, o EESCJ utiliza um modelo conceptual centrado na criança e na família. Esta especialidade intervém em torno do período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade, sendo que em casos especiais como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

Assim, o EESCJ trabalha em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível, quer seja na prestação de cuidados à criança/jovem saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde.

Pretendeu-se desenvolver competências sobre a “Promoção da Saúde da Criança/ do Jovem e Família de cultura cigana”.

A Parentalidade, descrita na versão 1 da CIPE, como: *“assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitarem a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para optimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade”* (OE, 2005, p.43), interferindo no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, sendo que a sua ausência pode culminar no surgimento de problemas de saúde e sociais significativos.

Cada família encontra-se inserida num meio sócio-cultural distinto, com capacidades e conhecimentos divergentes acerca do cuidar da criança, sendo também quem intervém ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança/jovem.

Assim, cabe aos Enfs. unirem esforços para tornar a formação dos pais numa realidade constante, com o objectivo de *“(...) fornecer aos pais (...), conhecimentos específicos e estratégias para ajudar a promover o desenvolvimento da criança.”* (Coutinho, 2004, p.57)

A ter em conta está o facto das múltiplas interpretações relacionadas com a situação de saúde/doença determinarem, em parte, os comportamentos de população tão heterogénea como à que se prestam cuidados nos dias de hoje. Por sua vez, e em simultâneo, esses comportamentos devem ser interpretados pelos profissionais de saúde, à luz dessa cultura própria.

Saber que o indivíduo se desenvolve e cria a sua identidade dentro de uma determinada cultura, reconhecendo que o desenvolvimento e crescimento infanto-juvenil harmonioso estão intimamente ligados a esse factor e só são possíveis numa situação de saúde e de bem-estar, são linhas orientadoras das competências do EESCJ.

A identidade étnica dos ciganos tem dimensões familiares, sendo a vida em família estruturada em torno de um quadro de valores simbólicos e morais que dão corpo à sua vivência diária e que influenciam o indivíduo cigano em qualquer circunstância da sua vida (Sousa, 2001). A solidariedade de que necessitam em situações de adversidade vem dos elementos da comunidade.

Aos Enfs., devido à proximidade e possibilidade de observação das práticas de cuidar da criança pela família, cabe o papel de adquirirem conhecimento necessário para efectuar ensinamentos pertinentes de educação para a saúde, além de respeitarem as convicções e adaptá-las à realidade.

Também Anne Casey, em 1988, considerou que os cuidados à criança seriam melhor prestados pelas famílias devidamente supervisionadas, do que pelos profissionais. Com base na filosofia de cuidados centrados na família (Anexo II), a autora desenvolveu um modelo de intervenção cuidativa que identifica claramente o contributo dos pais/família nos cuidados à criança, considera-os como parceiros ou sócios nos cuidados. Por este motivo, esta filosofia de enfermagem deve ser utilizada na maioria das unidades pediátricas do Mundo: *“os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica (...) As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.”* (Casey, 1993, p.233)

“Os defensores do cuidado centrado na família acreditam que deve existir colaboração entre clientes, membros da família, médicos, enfermeiros e todos os membros da equipa de cuidados de saúde, a fim de alcançar os resultados desejados para o cliente” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.1026)

De facto, as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (OE, PQCE, 2001)

Pender refere que *“Primary sources of interpersonal influence on health-promoting behaviors are family (parents or siblings), peers, and health care providers. (...) These three interpersonal processes affect individuals predisposition to engage in health-promotion behaviors”* (Pender, p.55)

Assim, é função do EESCJ reconhecer as potencialidades e identificar as competências parentais, no sentido da promoção da saúde, de acordo com as condições ambientais e culturais da mesma.

2.3. Promoção da Saúde

É no espírito de Alma-Ata e com o desenvolvimento da Carta de Promoção da Saúde, adoptada em Ottawa, em 1986, que a Promoção da Saúde começou teoricamente a ser equacionada, debatida e verdadeiramente valorizada.

Na Carta de Otawa a Promoção da Saúde conceptualiza-se como *“o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”*.

Em 1997, seguiu-se a Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde, com vista a responder aos desafios da Promoção da Saúde no século XXI.

Por último, a 5 de Junho de 2000, 5ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde subordinou-se ao tema: Rumo a uma Maior Equidade, em os ministros presentes na Cidade do México, concluíram que a promoção da saúde seria um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países, na consecução de maior equidade e melhor saúde para todos.

As políticas governamentais a nível mundial, incluindo Portugal, têm vindo a ser norteadas pelos valores e princípios decorrentes destas conferências.

Desta forma, sabendo que a Promoção da Saúde exige comportamentos e estilos de vida saudáveis para cada indivíduo atingir o bem-estar, esta não pode ser considerada como uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde.

Hoje em dia, aquilo a que se assiste na prática diária de cuidados é que este conceito não parece totalmente assimilado, resumindo-se a actividades pontuais e desligadas com vista à educação para a saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis. Contudo, a Promoção da Saúde é muito mais do que isso.

Poderiam ser mencionados inúmeros exemplos da influência da Enfermagem no reino da prevenção da doença e da promoção da saúde, pois sabe-se que esta proporciona uma melhoria do estado de saúde das populações.

De facto, os enfermeiros, pela sua postura e posição na relação com o utente, são privilegiados na identificação de factores de risco, no facultar de informações acerca de como gerir riscos e no promover dos benefícios de estilos de vida e dietas mais saudáveis e no evitar comportamentos de risco.

Nos PQCE pressupõe-se que *“os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”*.

Nos PQCE, entre outros, são considerados como elementos importantes face à promoção da saúde: *“a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; (...) a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis”*.

Assim o EESCJ também deve reconhecer que *“Promover a saúde das crianças, requer da parte dos enfermeiros uma compreensão das influências sociais, culturais e religiosas.”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p.2011)

Em suma, requerem-se estratégias para se alcançar o objectivo de permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os factores da sua própria saúde, tal como Pender (2006, p.65) defende, afirmando que *“Allowing clients to assume leadership in modifying their lifestyles is an ethical, non manipulative approach to improving the health of individuals and families”*

Compreende-se, assim, que a razoabilidade das práticas de promoção da saúde e de prevenção da doença se encontram directamente influenciadas pelas diferenças culturais.

Ferreira da Silva, em 2005, debruçou-se sobre as atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal, tendo concluído que a relação de relativa distância que a população cigana mantém com a instituição de saúde, particularmente na sua vertente preventiva, bem como os seus comportamentos face à saúde, são coerentes com o seu entendimento de mundo e com a sua própria cultura, verificando que este aspecto cria barreiras à acessibilidade e à assimilação da informação. No entanto, a pesquisa referenciada descobriu tendências no sentido de mudança de atitudes e comportamentos de saúde, mas não como resultado de uma maior integração ao pensamento dominante e à informação médica disseminada. Deste modo, e tendo presente este contexto, a mudança no campo da saúde pode ser incentivada mediante a acção informativa de cariz inter-cultural, capaz de fazer dialogar os conhecimentos médicos e a sua lógica preventiva com as concepções leigas das lógicas culturais ciganas.

2.4. Cultura cigana

Tal como temos vindo a constatar, a cultura constitui a hereditariedade social do ser humano, sendo que as culturas enriquecem as identidades individuais e sociais no que elas têm de específico e é, por isso, que as culturas podem mostrar-se incompreensíveis aos olhos de outras culturas. (Morin, 2001)

O EESCJ deve ter presente, no cuidado à criança/ ao jovem, que a cultura nos acompanha permanentemente, determinando a nossa forma de ver o mundo, moldando continuamente o percurso de cada um, por influência da comunidade. (Fernandes, 2000)

Ramos (2006, p.333) defende que cultura é *“tudo o que se aprende de forma consciente ou inconsciente e que se pode transmitir e comunicar”*.

Purnell (2010, p.6) aborda o conceito de cultura *“como sendo a totalidade de padrões comportamentais socialmente transmitidos, as artes, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida, e todos os outros produtos de trabalho humano e características de pensamento de uma população que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão. A saúde, as crenças e valores relativamente aos cuidados de saúde estão incluídos nesta definição”*.

Não sendo um processo estanque, e apesar de dar continuidade a costumes e tradições, mesmo as relacionadas com a saúde, a cultura é um processo dinâmico, que está em permanente mutação.

A diversidade cultural é o conceito utilizado para demonstrar que existem diferenças entre as culturas, assim como entre as subculturas e a cultura dominante (Bollander, 1998), sendo subentendida a existência de grupos étnicos.

A etnia/etnicidade/grupo étnico entende-se como “ (...) *um grupo de pessoas que dentro de uma sociedade alargada, partilham heranças culturais que foram transmitidas de geração em geração.*” (Bolander, 1998)

O etnocentrismo pode toldar a compreensão da diversidade cultural, pois para Bollander (1998), etnocentrismo define-se como: “*a ideia/convicção de que as próprias crenças, costumes e atitudes são melhores e mais correctas que as dos outros. Os costumes, comportamentos e atitudes de outros grupos são olhados como diferentes, imorais ou inferiores.*” É sobretudo devido a esta situação que se podem criar incompatibilidades e até mesmo desenvolverem-se ideias estereotipadas e preconceitos perante determinados grupos étnico-culturais. (Soares, 2003)

Para entendimento de estereótipos e preconceitos que, ainda hoje se verificam, e pela preocupação com a equidade na acessibilidade aos cuidados de saúde, procedi a pesquisa relativa à contextualização histórica da presença da comunidade romani em Portugal.

Verifiquei que ao longo da história sobre os ciganos e com a sua chegada a Portugal na segunda metade do século XV, as descrições são as de nómadas e conhecedores de todo o tipo de actividades irregulares ou proibidas, como o roubo, engano, feitiçaria.

Em 1526, surgiu uma proibição oficial ao seu ingresso, que se renovou vezes sem conta mas que nunca conduziu ao resultado desejado. Por estas actividades os ciganos foram sendo tornados elementos perturbadores, daí a série de medidas repressivas que contra eles foram promulgadas ao longo dos tempos.

Contudo, a verdade é que as comunidades ciganas não deixaram de permanecer no País até ao nosso tempo, mas também com eles os estereótipos consumados desde esses primórdios, daí que não se compreenda o não-reconhecimento das particularidades culturais de quem cuidamos como uma necessidade para os cuidados de qualidade.

Existe referência a que os ciganos vivem em Portugal há mais de cinco séculos, que habitam solo português desde os séculos XV-XVI e que representam dezenas de milhares de pessoas distribuídas pelo país.

Os ciganos estão espalhados pelo mundo sendo que representam a maior minoria étnica da Europa, com cerca de 11 milhões de indivíduos (Liégeois, 2001)

“ (...)segundo a Comissão Europeia Contra o Racismo e a Intolerância, estima-se que a totalidade das comunidades ciganas em Portugal seja constituída por cerca de 50 000 a 90 000 indivíduos” (Lopes, Santos, Matos, Ribeiro, 2009)

O grande isolamento em que a comunidade cigana vive, confirma o desconhecimento mútuo, pois *“a comunidade geral ignora a cultura dos ciganos que, por seu lado também ignoram os direitos e os deveres que lhes assistem enquanto cidadãos”* (Vasconcelos, 1999, p.13).

Os ciganos vivem em comunidade, preferem os acampamentos aos apartamentos, em detrimento do isolamento, sendo a solidariedade entre os seus elementos uma premissa.

A separação das crianças ciganas da família é vivida de forma violenta *“tanto mais violenta quanto a criança é educada no receio face ao exterior e ao estranho”* (Liégeois, 2001, p.69).

“Apesar dos estudos realizados por várias organizações e investigadores, por forma a recolher informação relevante sobre as comunidades ciganas portuguesas, nomeadamente quanto ao número e distribuição geográfica, e dos dados existentes, sobretudo ao nível local e regional, através da actuação no terreno de várias entidades públicas e organizações da sociedade civil, subsiste ainda uma imagem relativamente incompleta das comunidades ciganas” (Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas 2013-2020, 2013, p.23-24)

Além do etnocentrismo atrás referido, pode ser dito que a não existência deste tipo de conhecimento do povo cigano seja, e também na opinião de Vasconcelos, *“uma das expressões mais claras e frias do relacionamento distante entre os ciganos e a sociedade em geral”* (Vasconcelos, 1999, p.13)

Fernandes, em 2000, na sequência da investigação desenvolvida no âmbito da dissertação do Mestrado Comunicação em Saúde, debruçou-se sobre o doente de etnia cigana, com o principal objectivo de conhecer os estereótipos dos enfermeiros hospitalares face aos ciganos e as vivências destes durante o internamento.

No seu estudo recolheu os seguintes resultados:

- ✓ apenas um pequeno número de Enfs. possui alguma formação acerca da cultura cigana apesar de muitos terem contacto com estes doentes;
- ✓ as representações mais significativas dos Enfs. relativamente aos doentes da etnia cigana são as de barulhentos, desconfiados, negociantes, vingativos e tradicionalistas;
- ✓ os sentimentos mais significativos experimentados pelos Enfs. face a estes doentes são desconfiança, compreensão, solidariedade, curiosidades, ansiedade e empatia;
- ✓ estas representações revelam que os Enfs. mantêm estereótipos adquiridos antes da entrada para a vida profissional sobre estas comunidades;
- ✓ Estes sentimentos, a par da natural insegurança de quem não conhece o outro, são atenuados pela formação e o desempenho profissional sendo que os valores de referência da profissão influenciam claramente.

Este investigador recomenda que, de acordo com os resultados apurados, as instituições de saúde procedam à realização de acções de formação em serviço que analisem os doentes de etnia cigana de forma a compreender as diferenças, sensibilização dos profissionais para as particularidades da etnia cigana com vista a facilitar a interacção e o recrutamento, formação e utilização de mediadores ciganos, que possam junto do doente e da família cigana, estabelecer a ponte entre estes e o pessoal hospitalar. É também sugerida a formação dos enfermeiros, tanto na formação inicial como na formação avançada, que inclua temas sobre multiculturalidade, nomeadamente sobre cultura cigana.

Assim, mais importante do que olhar a cultura cigana é compreendê-la, é entender que a única maneira de lidar com as diferenças étnicas é percebendo as suas diferenças culturais.

A maneira como se constitui a família, as suas relações, o casamento, a importância dos filhos no prestígio e no poder da família, a sua relação com a escola, com a doença e a hospitalização e com a morte são aspectos fundamentais para um melhor acolhimento dos membros desta comunidade na organização hospitalar (Fernandes, 2000)

O conceito de saúde para os ciganos é a ausência de doença e a doença é considerada uma situação de “incapacidade” relacionada com a morte. Isto é, o imediato e a necessidade de curar a doença com rapidez estão associados à forte relação que estas comunidades reconhecem entre a doença e a morte. Assim, não

será de estranhar que o recurso aos médicos seja feito em caso de extrema necessidade, para se ser tratado e com sentimento de urgência.

Os ciganos crêem que ter boa saúde é uma questão de “destino”, de “sorte” e não se previne. A responsabilidade pela saúde reside em tratar-se quando se adoece, não em ir aos médicos quando se está bem. Daí que não seja atribuída importância à prevenção da doença e promoção da saúde. (Lopes, Santos, Matos, Ribeiro, 2009)

A identificação das necessidades sentidas pela criança/ pelo jovem e família torna indispensável, para o planeamento de intervenções a adoptar em conjunto, o reconhecimento da representação social da doença como um castigo e punição de Deus, que afecta toda a comunidade, daí que a presença da família/comunidade seja determinante para o bem-estar do membro doente, não só devido aos aspectos culturais, mas também pela reorganização de papéis.

As crianças de etnia cigana cooperam desde cedo com os pais nas lides sócio-económicas. As raparigas assumem responsabilidades familiares e domésticas, trabalham com a mãe até à idade de se casarem e, na ausência da mãe, são elas que cuidam dos irmãos mais pequenos e dos primos, fazendo os trabalhos domésticos e preparando as refeições. Os rapazes até aos 9/10 anos colaboram com as mães e depois iniciam-se nos negócios com os pais, sendo que a partir dos 6/7 anos têm grande autonomia e liberdade para percorrer a área geográfica envolvente durante grande parte do dia (Fernandes, 1999).

De acordo com um estudo da Rede Europeia Anti-Pobreza, da União Europeia, a comunidade cigana portuguesa é a que tem mais doenças crónicas e aquela onde se começa a fumar e a beber álcool mais cedo. Estes dados podem ser reveladores das condições e do acesso à saúde da comunidade cigana no País, bem como a comparação feita com seis outros países, onde um cigano vive menos 20 anos que um cidadão europeu.

Um cigano vive, em média, 60 anos, muito abaixo da esperança média de vida europeia, que se situa, actualmente, nos 78 anos. *“É uma população muito jovem. Em Portugal, a esmagadora maioria, 60%, tem até 24 anos e apenas 14% têm mais de 45”* (Rede Europeia Anti-Pobreza in Diário de Notícias online, 2009)

Na investigação realizada por Dias *et al*, em 2002, sobre as representações e dinâmicas de exclusão/integração aos olhos das comunidades ciganas, que teve como objectivo conhecer e reflectir as condições de vida das populações ciganas, as

medidas e programas públicos e as práticas das instituições, no quadro do modelo de análise da exclusão/integração social, verificou-se, ao caracterizar a dimensão da saúde, que:

- ✓ existe um profundo desconhecimento mútuo entre as comunidades ciganas e os serviços de saúde, sendo que o mesmo conduz a uma hostilidade reactiva, provocada por uma série de preconceitos, desconhecimentos e medos;
- ✓ prevalece uma lacuna de comunicação geral e interpessoal entre as comunidades ciganas e os serviços de saúde e vice-versa;
- ✓ 20 dos entrevistados estão inscritos nos centros de saúde da sua área de residência, onde costumam recorrer (apesar de alguns deles em situações mais extremas prefiram recorrer directamente aos hospitais);
- ✓ quanto à vacinação de filhos e netos ao agregado familiar, apenas 2 entrevistados responderam não ter as vacinas em dia, contra 10 que afirmam ter todos os seus “descendentes” vacinados;
- ✓ 21 entrevistados relataram casos de discriminação no contacto com os serviços de saúde;
- ✓ as famílias ciganas que recorrem regularmente ao médico de família ou tem as vacinas em dia são excepções. Em termos gerais, estas comunidades apenas recorrem aos hospitais em último recurso, muitas vezes auto-medicando-se;
- ✓ verifica-se, igualmente, a crença em factores “externos” como explicação de doenças (azar, mau-olhado, entre outros)

Segundo inquéritos realizados a 367 famílias ciganas do País, cerca de 25% dos ciganos portugueses sofrem de asma e bronquite, 15% de colesterol e 11% de tensão arterial elevada.

Pode pensar-se que esta causa major se deve ao facto de que *“muitos ciganos em Portugal vivam em acampamentos, em condições muito precárias, sem os cuidados de saúde elementares, o que agrava os problemas respiratórios”* (Rede Europeia Anti-Pobreza in Diário da Republica online, 2009)

Outro dos problemas é o excesso de peso: 41,4% dos entrevistados têm peso a mais e 13,7% são mesmo obesos, directamente relacionado com a percentagem de inquiridos com colesterol elevado.

A não-vigilância da saúde pode ter como factor determinante o nomadismo ou a mobilidade, carácter fundamental da identidade romani.

Comer bem é sinónimo de abundância e viver na abundância é um bom modo de vida para os ciganos. Assim, é frequente assistir-se ao consumo excessivo de calorias, não existir preocupação face a comportamentos alimentares ou de prática de actividade física saudáveis, daí que as crianças comam o que gostam e cometam frequentes erros alimentares. A actuação do EESCJ prende-se com a ajuda na consciencialização destas comunidades de que uma alimentação equilibrada promove um desenvolvimento saudável e tem efeitos positivos na saúde.

Também são frequentes a adopção de práticas de condução rodoviária não seguras, associadas à não utilização de cinto de segurança ou capacete, nem mesmo utilização de cadeiras-auto apropriadas para o transporte de crianças.

Antes do casamento a palavra sexo é tabu e a mulher não sabe, nem onde recorrer, nem como prevenir-se de doenças sexualmente transmissíveis ou mesmo de uma gravidez indesejada.

O reconhecimento destas e outras características da saúde da criança/do jovem e família de cultura cigana determinam a necessidade da melhoria contínua da prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade.

3. APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No presente item, pretendo descrever as actividades por mim realizadas no decurso do estágio, de acordo com os objectivos que me propus atingir, bem como realizar um processo reflexivo acerca da experiência vivenciada *in loco*, com o fim último de desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais no cuidar da criança/família.

Nesta linha de raciocínio apresento o referido relatório estruturado, num primeiro ponto, onde pretendo descrever os objectivos, actividades realizadas e respectivos recursos de cada local de estágio por onde passei e, num segundo ponto, em que faço uma reflexão acerca das práticas por mim desenvolvidas e suas implicações para a prática e para o alcance das competências de EESCJ. (Apêndice II)

Algumas destas reflexões foram partilhadas em âmbito das sessões lectivas de Orientação Tutorial, sendo de ressaltar a extrema importância das mesmas pelos contributos dados pelos meus colegas de Curso e também das Professoras-Orientadoras, determinantes para ficar desperta para factos necessários para este percurso de estágio. (Apêndice III)

3.1. Descrição e análise de objectivos propostos, actividades desenvolvidas, recursos utilizados e aprendizagens alcançadas

Com a finalidade de promover ganhos em saúde nas crianças e jovens de famílias ciganas através do cuidado culturalmente competente e, conseqüente, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em geral, tinha-me proposto a alcançar os seguintes objectivos gerais:

- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem, nas áreas clínica, de formação, gestão e investigação, assente na prestação de cuidados de Enfermagem Avançada e Culturalmente Competente;

- Desenvolver competências na promoção da saúde à criança/ao jovem e família de cultura cigana, à luz da Teoria do Cuidar Transcultural de Leininger.

Para atingir estes mesmos objectivos gerais delineei como objectivos específicos:

- Adquirir conhecimentos sobre as práticas de cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde;
- Compreender quais as práticas de cuidados face ao utente pediátrico e família de cultura cigana nos diferentes contextos clínicos;
- Prestar cuidados de saúde especializados à criança/ao jovem e família de cultura cigana.

Para alcançar estes objectivos gerais e específicos desenvolveram-se as actividades de acordo com a realidade de cada unidade de saúde, e com o previsto em cronograma. (Apêndice I)

Ao início de cada estágio nas diferentes unidades de saúde pretendi uniformizar cuidados/práticas coerentes, especializados e sustentados na teoria.

Enquanto estive no **ACIDI**, mais concretamente no **Gabinete de Saúde do CNAI de Lisboa**, entre os dias 8 e 10 de Outubro de 2013, tinha como objectivos:

- Conhecer a dinâmica assistencial de enfermagem do contexto comunitário e a sua vertente estrutural, funcional e organizacional;
- Conhecer a legislação existente no apoio à acessibilidade dos cidadãos estrangeiros/cultura diferente aos cuidados de saúde.

Logo, face aos mesmo determinei como essenciais as actividades de:

- Observação das dinâmicas e métodos de trabalho da equipa de Enfermagem com os restantes serviços do CNAI;
- Consulta de normas e protocolos existentes, bem como outros documentos e legislação existentes e adequados aos cuidados de saúde infantil e pediatria.

Para tal procedi à realização de entrevista à enfermeira orientadora do local de estágio, e observei as dinâmicas de trabalho, a fim de tomar conhecimento do funcionamento do gabinete da saúde, método de trabalho instituído e dinâmica organizacional. Fiz pesquisa bibliográfica sobre temáticas ou legislação desconhecidas, procurei conhecer quais as dinâmicas de assistência à criança/família, fazendo o reconhecimento dos recursos humanos e materiais que podem ser mobilizados para actuar na acessibilidade aos cuidados de saúde e na

promoção da saúde, desenvolvendo a capacidade de saber ouvir e comunicar eficazmente com os utentes de diferentes culturas que recorriam a este local.

Embora pensasse que seria directamente no gabinete da saúde que teria oportunidade para identificar e analisar possíveis problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde por parte das crianças, jovens e famílias de cultura cigana, a verdade é que, tal como fui verificando ao longo das pesquisas e abordagem destes utentes, estes vivem em comunidade e, também por isso, não recorrem ao Gabinete de Saúde do CNAI. Contudo, foi uma agradável surpresa tomar conhecimento do GACI que, entre outras actividades, desenvolve cursos de mediadores culturais com pessoas de cultura cigana, em protocolo com algumas Câmaras Municipais, e com quem tive oportunidade de reunir de modo a conhecer o trabalho desenvolvido pelo mesmo junto das comunidades ciganas a nível nacional e qual a articulação com os prestadores de cuidados de saúde facilitando, ainda que indirectamente, os cuidados de Enfermagem Culturalmente Competentes. Durante esta reunião fiz alguma recolha bibliográfica de publicações deste gabinete, as quais analisei *a posteriori*, e abordei a possibilidade de articulação para a realização de futuras acções de sensibilização na educação intercultural, eventualmente noutros estágios e/ou no hospital onde trabalho.

Ao longo dos dias 8 e 10 de Outubro de 2013 tive oportunidade de realizar actividades em contexto comunitário e muito diferente da minha realidade de trabalho diário.

A presença do **Gabinete da Saúde no CNAI de Lisboa**, este da responsabilidade do ACIDI, decorre de um protocolo, assinado em 2003, entre o Ministério da Presidência e o Ministério da Saúde, sendo o dito gabinete responsabilidade do Departamento da Saúde Pública da ARSLVT e representação do Ministério da Saúde no CNAI.

O trabalho desenvolvido por este gabinete, em que tive oportunidade de observar e participar, ao longo desses dias, prende-se com o atendimento presencial ou telefónico, sem marcação prévia, sendo as seguintes actividades as mais frequentes:

- Prestar informação aos cidadãos imigrantes de modo a facilitar o acesso aos cuidados de saúde e promover a equidade desse mesmo acesso;

- Desbloquear situações de acessibilidade aos cuidados de saúde, através de estratégias de mediação entre o cidadão estrangeiro e as instituições de saúde e organizações de apoio;
- Zelar pelos direitos e mostrar os deveres desses mesmos cidadãos nos cuidados de saúde;
- Encaminhamento do utente para outros gabinetes dentro do CNAI quando o problema de Saúde exige essa articulação;
- Participação em estudos de Saúde relacionados com o acesso aos cuidados de saúde dos cidadãos estrangeiros
- Formação dos profissionais de saúde/ instituições que trabalham com os cidadãos estrangeiros sobre a legislação que apoia a acessibilidade à Saúde através de acções de sensibilização.

Devido ao escasso período temporal deste estágio, não tive oportunidade de observar e/ou participar nestas duas últimas actividades, pois não ocorreram neste curto período de estágio. Contudo, considerando as aprendizagens retiradas deste local de estágio, posso dizer que a disponibilização do manual de formação dessas acções de sensibilização e toda a legislação mais importante para o trabalho desenvolvido pelo Gabinete, de que realizei leitura e análise para um melhor desempenho, apoiado/fundamentado em termos ético-legais na minha prática diária de cuidados, pois é frequente o internamento de utentes de outra cultura vindos de outros países, em contexto dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP.

Quando em projecto de estágio delineei como campo de estágio o **ACES de Lisboa Norte**, concretamente a UCSP do Lumiar, com o intuito de integrar, ainda que pudesse ser mera observadora, o programa de intervenção junto da comunidade cigana em contexto de prestação de cuidados de Enfermagem, pois tinha conhecimento da regularidade da visitação domiciliária à comunidade pela Enf.^a com quem contactei para pedido de estágio neste centro de saúde, e porque considerei que me iria facilitar a aproximação das famílias ciganas e, conseqüente, a promoção da saúde sairia beneficiada com cuidados de saúde a irem ao encontro do plano individual destas crianças/jovens e famílias.

Deste modo, após conhecimento de que ficaria na **UCSP da Charneca do Lumiar**, entre 14 de Outubro e 15 de Novembro, e verificar que tinha uma

abrangência de famílias de cultura cigana ainda considerável, determinei como objectivos, além do conhecimento da dinâmica assistencial de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários e da prestação de cuidados de saúde especializados à criança/ao jovem e família neste contexto diferente da minha realidade, também desenvolver competências na promoção da saúde à criança/ao jovem e família de cultura cigana.

Desta forma, as actividades desenvolvidas, depois da conversa coma Enf.^a-Orientadora, para tomar conhecimento do funcionamento, método de trabalho instituído e dinâmica organizacional dos cuidados na UCSP da Charneca do Lumiar, prenderam-se com a:

- Consulta de normas, documentos e protocolos existentes na unidade de saúde face aos cuidados de saúde infanto-juvenil;
- Conhecer a dinâmica assistencial à criança/família no Centro de Saúde e em contexto de visitação domiciliária;
- Melhoria da capacidade de comunicação com a criança/família;
- Mobilização de conhecimentos teóricos para a prática de promoção da saúde ao utente pediátrico/família;
- Participação activa nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria mobilizando conhecimentos para avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e educação para a saúde; (Anexo III)
- Identificação das necessidades relacionadas com as competências culturais nos cuidados de enfermagem;
- Abordagem informal da equipa partilhando conhecimentos adquiridos ao longo das pesquisas bibliográficas para a realização do projecto de estágio, sempre que surgiam constrangimentos culturais face a utentes de cultura cigana;
- Realização de cartaz com as linhas orientadoras essenciais na avaliação do desenvolvimento infantil através da Escala de Mary Sheridan, e respectiva caixa com material necessário para a pôr em prática, de modo a dar resposta eficaz no SAPE; (Apêndice IV)
- Reestruturação da sala de Enfermagem/vacinação para facilitar na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança pela Escala de Mary Sheridan e

na abordagem da família em situação de educação para a saúde durante a consulta de ESIJ.

Foram inúmeras as aprendizagens retiradas desta experiência de estágio em contexto de cuidados de saúde primários.

Considerarei pertinente analisar os porquês que me fizeram levantar os objectivos e desenvolver as actividades ao longo do mesmo.

Ao longo da minha prática diária de cuidados enquanto Enf.^a generalista, surgem algumas situações relacionadas com os comportamentos dos elementos da equipa de Enfermagem face às crianças/ aos jovens e família de cultura cigana, denotando que muitos deles estão directamente relacionados com a falta de entendimento da cultura em causa, o que resulta numa barreira à abordagem destas famílias e, consequentemente, ineficaz promoção da saúde destas crianças/ destes jovens. Para que seja alcançada a prestação de cuidados culturalmente competente, esta deve assentar na compreensão do Outro na sua essência.

Por ter em mente que este tipo de situação não ocorresse em contexto de Centro de Saúde, planeei o meu desempenho com o intuito de atingir os objectivos propostos.

Ao longo deste estágio abordei crianças, jovens e famílias proporcionando-lhes momentos de educação para a saúde de acordo com as suas necessidades individuais, indo ao encontro com o presente no RPQCE em ESCJ, acerca da Promoção da Saúde, *“a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde”*. Sinto que facilitei na aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/ no jovem e que estive alerta na identificação dos estádios do processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis, durante as consultas de saúde infantil e também na visitação domiciliária, à extensa comunidade de utentes desta unidade de saúde, incluindo a de cultura cigana.

Essencialmente, procurei agarrar todas as oportunidades para, em conjunto, com a família e a criança/o jovem, desenvolver a concepção da importância dos comportamentos potenciadores de saúde.

Verifiquei que na consulta de ESIJ existiam lacunas na estruturação e aplicação da Escala de Mary Sheridan para Avaliação do Desenvolvimento Infantil sendo pouco eficaz/inexistente, tornando-se primordial a avaliação estado-ponderal da criança. Assim, como actividade de estágio procedi à realização de um cartaz

orientador para a equipa de Enfermagem na avaliação do Desenvolvimento Infantil através da Escala de Mary Sheridan, de modo a aplicar durante as consultas e dinamizar os registos em SAPE. Também procedi à reestruturação da sala de Enfermagem para efectivar essa mesma avaliação.

No que concerne ao decurso do estágio realizei consultas de saúde infantil, exames globais, vacinação de forma autónoma, sem dificuldades na efectivação das mesmas. Também efectuei sessões informais de educação para a saúde à criança/família sobre temáticas relevantes para comportamentos e estilos de vida saudáveis (higiene oral, febre, cólicas, amamentação, diversificação alimentar), de acordo com as necessidades da família. Ressalto as orientações disponibilizadas aos pais no momento da consulta de SIJ e na vacinação, bem como a identificação de problemas de saúde presentes e/ou potenciais na criança e necessidades da família com o devido encaminhamento sempre que necessário.

Aponto o contacto com a família como factor favorável nesta minha experiência, facilitado também pela prática de Consulta de Pediatria num Hospital privado e num serviço de Internamento de Pediatria de um Hospital Público, nos quais lido com a criança/família.

O estágio no **Serviço de Urgência [SU] Pediátrica do HFF** decorreu entre 18 de Novembro e 13 de Dezembro de 2013, e tinha sido solicitado por saber, por conversas com colegas de trabalho, da numerosa assistência desta unidade de saúde a indivíduos de cultura cigana.

Deste modo, pelo interesse em conhecer a dinâmica assistencial de enfermagem pediátrica e prestar cuidados de saúde especializados à criança/ao jovem e família em contexto de urgência pediátrica e, depois da análise em cada turno com a Sr.^a Enf.^a-Orientadora de estágio, consegui desenvolver as seguintes actividades:

- Observação das dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar nos diferentes “postos” da urgência;
- Consulta de normas e protocolos existentes analisando de que modo melhoram os cuidados de saúde e celeridade da assistência em contexto de urgência;
- Mobilização de conhecimentos teóricos para a prática de promoção da saúde ao utente pediátrico/família, sempre que se proporcione;

- Observação participativa mobilizando conhecimentos teóricos e da prática clínica;
- Análise da reacção da criança ao contexto clínico de acordo com as diferentes fases de desenvolvimento da criança;
- Participação activa no acolhimento da população-alvo no local;
- Análise dos costumes da cultura cigana observados durante os cuidados de saúde;
- Identificação de possíveis problemas relacionados com os cuidados de saúde à criança/ao jovem e família de cultura cigana;
- Colheita de dados e entrevista à criança/família de cultura cigana de modo a perceber eventuais necessidades e oportunidades de promoção de saúde
- Entrevista à equipa de enfermagem sobre a aplicação dos cuidados não-traumáticos;
- Identificação das estratégias utilizadas e aplicabilidade no âmbito dos cuidados não-traumáticos à criança;
- Observação da aplicação dos cuidados não traumáticos e dos efeitos da sua aplicação;
- Promoção da parentalidade através do *empowerment* dos pais nos cuidados à criança;
- Sensibilização, ao longo do estágio, junto da equipa de Enfermagem, sobre a importância de uma prática de cuidados culturalmente competente na gestão de conflitos, para consequente melhoria dos indicadores de saúde e satisfação das necessidades da criança/do Jovem e família de cultura cigana, e também através da elaboração de dossier compilatório de informação pertinente sobre a cultura cigana e significados face aos cuidados de saúde.

Ao longo deste período de estágio em contexto de urgência verifiquei que a prática diária de um SU reflecte, muitas vezes, a inefectividade da política de saúde prevista para os cuidados de saúde primários e, consequentemente, na procura de respostas pelos utentes.

No SU Pediátrica, confirmei que, actualmente, quando o utente pediátrico se desloca ao SU, nem sempre se prende com necessidade de cuidados urgentes mas, maioritariamente, por ser o recurso mais acessível, isto é, aquele que dará resposta às suas necessidades imediatas de cuidados.

Ao longo dos turnos tive oportunidade de analisar a reacção da criança, em diferentes idades e etapas do desenvolvimento, adequando a prática de cuidados, quer em observação participativa quer em participação activa face à população-alvo do meu projecto, analisando junto da mesma os seus costumes perante os cuidados de saúde, na Triage, na Sala de tratamentos, na Sala de aerossóis e no Serviço de Observação.

Durante estes dias, e em todos estes locais de actuação do SU Pediátrica, tive a oportunidade de pôr em prática as actividades que visam a promoção da saúde ao utente pediátrico/família, adaptando a relação terapêutica às situações adequando também as habilidades de comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

No decorrer da minha prática apercebi-me da necessidade de gestão de conflitos num SU, em parte devido ao tempo de espera decorrente da priorização de atendimento no processo de Triage. Assim, considero como uma aprendizagem a reflexão que fiz sobre o que acontece nas famílias quando o “aqui e agora” espelha a necessidade de observação imediata aos olhos dos pais.

Foi importante o estudo do manual de Triage de Manchester, utilizado no HFF, por forma a melhor informar os pais sobre esta “espera”, ajudando-os nos processos de *coping*.

Saber que, quando a criança adoece, ocorre um desequilíbrio homeostático decorrente da doença, e com isso a transformação da família, foi decisivo na minha actuação perante a mesma, baseando-me na relação de ajuda em ambiente calmo e com comunicação eficaz, reconhecendo que é tanto mais necessária num ambiente de *stress* constante.

Não posso deixar de referir também a interessante constatação da efectividade dos cuidados não-traumáticos, tendo identificado as estratégias utilizadas e os efeitos da sua aplicação.

Como actividade de destaque, neste contexto clínico, considero ter sido a construção de um dossier informativo sobre a cultura cigana (Apêndice V), de modo a colmatar algumas necessidades verbalizadas pelos profissionais desta unidade de saúde, directamente relacionadas com as competências culturais na prestação de cuidados, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem e satisfação das necessidades da criança/do Jovem e família de cultura cigana.

Considero que a minha experiência de estágio na **UCIN do HSM** foi positiva, pois acertadamente havia considerado ser um bom local de estágio para o desenvolvimento de competências de EESCJ, por ser tratar de uma unidade de saúde em que se prestam cuidados de Enfermagem no sentido da Promoção da Saúde, e por ter utentes de diferentes culturas, englobando-se a minha população-alvo de cultura cigana também nesta realidade.

O período de estágio na UCIN decorreu entre 3 e 24 de Janeiro de 2014, devendo ter englobado também toda a semana entre 16 e 19 de Dezembro de 2013 e avançando uma semana além do previsto no cronograma inicialmente delineado em projecto, pela impossibilidade de realizar número de turnos previstos durante essa primeira semana, por incompatibilidade de horário com a Enf.^a-Orientadora.

Após conversa com a minha orientadora procurei conhecer a dinâmica assistencial na sua vertente estrutural, funcional e organizacional, em contexto de UCIN, tendo como objectivos a participação nos cuidados de Enfermagem ao RN e família, optimizando as competências parentais em situação de prematuridade e colaborar na adaptação parental à criança prematura e/ou gravemente doente de cultura cigana, através da promoção da saúde, sempre que existissem oportunidades.

Na UCIN procurei conhecer quais os instrumentos, físicos e comunicacionais, mobilizados para a Promoção da Saúde às famílias, através da observação das dinâmicas e métodos de trabalho, consulta de normas, folhetos e protocolos existentes, tornando-me participativa na aplicação de Guias Orientadores para a Família do RN, no programa de ensino, instrução e treino dos pais e na avaliação das necessidades manifestadas pelos mesmos durante a sua permanência junto dos bebés.

Necessitei fazer pesquisa bibliográfica sobre as temáticas desconhecidas, e para aprofundar outras, mobilizando conhecimentos teóricos sobre promoção da saúde ao RN/família (cuidados de higiene ao RN gravemente doente, método Canguru, aleitamento materno, Escala de dor NIPS (Anexo IV)).

Uma das preocupações que verifiquei existir nesta unidade referiu-se à promoção da parentalidade com utilização de técnicas de *empowerment* dos pais nos cuidados à criança, o que considero gratificante, principalmente no desenvolvimento de competências de EESCJ.

Considero, por isso, que desenvolvi competências relacionadas com a promoção da vinculação entre pais/cuidadores e o RN doente ou com necessidades especiais, através de uma participação activa junto destes bebés e família, dando o apoio e estimulando os pais, dando-lhes *empowerment* nos cuidados, promovendo o desenvolvimento da parentalidade, através da demonstração aos pais de algumas das competências do RN quando em interactividade com eles, do contacto físico pais/RN, envolvendo os pais na prestação de cuidados, promovendo a amamentação. Este facto também me permitiu consciencializar da efectiva parceria de cuidados que se deve utilizar diariamente na prática de cuidados de qualidade.

Considero que as diminuídas oportunidades para estimular o envolvimento parental poderá estar relacionado com a falta de espaço do local de estágio, pois é determinante para a privacidade na exposição de dúvidas/necessidades pelos pais e também na pouca permanência, pelo menos nocturna, dos mesmos na UCIN.

Neste percurso pela UCIN tive contacto com famílias de diversas culturas, nomeadamente com a cultura cigana, que por si só não deixam de vivenciar este momento de incerteza e *stress* perante o RN.

Factor não menos importante no papel do Enf^o., na UCIN, é o controlo do desconforto e da dor, e ao prestar cuidados a estes bebés procurei avaliar e adoptar estratégias de alívio.

Na recta final, entre 28 de Janeiro e 14 de Fevereiro de 2014, realizei estágio no meu contexto de trabalho, um **Serviço de Internamento de Pediatria Médica**, sendo para mim um especial desafio, pois trata-se do local em que reconheci as necessidades levantadas para a abordagem da temática do presente relatório, no qual pretendia dar o meu contributo, por considerar que pela partilha de experiências e conhecimentos relativos à cultura cigana com a equipa multidisciplinar, traria melhoria aos cuidados, e pela ajuda na aquisição de competência cultural à mesma com uma unidade de saúde de maior qualidade.

Os objectivos delineados para este campo de estágio foram:

- Conhecer as necessidades dos Enfermeiros e restante equipa multidisciplinar na abordagem do utente pediátrico e família de cultura cigana;
- Desenvolver competências de formação de pares assente na prestação de cuidados Culturalmente Competentes à cultura cigana.

Tendo em conta o pouco tempo destinado a este local de estágio, de apenas três semanas, após conversa com a Enf.^a-Chefe, a Enf.^a-Orientadora e com os meus colegas do serviço para tomar conhecimento das possíveis necessidades/dificuldades na prestação de cuidados relacionadas com as competências culturais, nomeadamente ao utente pediátrico e família de cultura cigana, desenvolvi as actividades:

- Partilha com a equipa multidisciplinar dos conhecimentos adquiridos durante as pesquisas bibliográficas para trabalhos e estágios anteriores;
- Participação activa nos cuidados ao utente pediátrico durante o acolhimento, estadia e alta em contexto de hospitalização, sempre que possível, a utentes da cultura cigana nas diferentes faixas etárias;
- Colheita de dados e entrevista à criança/família de cultura cigana, de modo a perceber eventuais necessidades e oportunidades de promoção de saúde, estimulando a participação parental nos cuidados antecipatórios de vigilância da saúde;
- Identificação de possíveis problemas relacionados com os cuidados de saúde à criança/ao jovem e família de cultura cigana;
- Sensibilização da equipa multidisciplinar sobre a “Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a criança/o jovem e família de cultura cigana” através de sessão de formação (Apêndice VI).

Além destas actividades, também tive oportunidade de realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças abordadas durante o estágio, de acordo com Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan.

Destaco como aprendizagem todos os momentos de participação activa nos cuidados ao utente pediátrico, nomeadamente aos utentes de cultura cigana, na identificação de problemas, durante todo o processo de hospitalização, com diferentes faixas etárias e estádios de desenvolvimento, com vista a colmatar necessidades/ oportunidades de promoção de saúde e estimulando à participação parental nos cuidados antecipatórios de vigilância da saúde.

Também a partilha de conhecimentos adquiridos durante as pesquisas bibliográficas para trabalhos e estágios anteriores, com a equipa multidisciplinar, considero ter sido uma das actividades de destaque para o alcance dos objectivos

do trabalho sob o tema “Promoção da Saúde da criança/ do jovem e família de cultura cigana”

A realização da sessão de formação intitulada “Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a criança/o jovem e família de cultura cigana”, além do enorme gozo que me deu em todo o processo de preparação, de ter realizado formação de pares, e desta ter dado “frutos” positivos, e que hoje verifico, na área de sensibilização da equipa multidisciplinar perante a diferença cultural da etnia cigana.

3.2. Implicação do tema para a prática

Pelos objectivos de estágio que havia delineado e pelas actividades desenvolvidas e transversais a todos os locais por onde passei, considero ter conseguido alcançar as CCEE presentes no Artigo 5.º, correspondente às “Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” pois tive oportunidade de *“a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*.

Também considero ter alcançado as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, presentes no Artigo 6.º das CCEE, pois *“b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”*, no sentido de ter desenvolvido o meu trabalho com a preocupação de promover ganhos em saúde nas crianças e jovens de famílias ciganas através do cuidado culturalmente competente e, conseqüente, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em geral.

Com os diferentes estágios desenvolvi também o domínio da gestão dos cuidados, reportadas no Artigo 7.º *“a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”*, nomeadamente sempre que realizei as actividades com vista ao melhor funcionamento das unidades de saúde, quer tenha sido através de formação à equipa multidisciplinar da Pediatria Médica ou mesmo através da realização do dossier informativo deixado no SU do HFF, tendo também sido alcançadas competências do domínio das aprendizagens

profissionais pois a**“b) [Baseia a sua] praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”**, fomentada no Artigo 8.º, foi essencialmente obtida pelas pesquisas realizadas para o fundamentar desses trabalhos de estágio.

Analiso o estágio no Gabinete da Saúde do CNAI de Lisboa como uma mais-valia muito positiva, neste meu percurso de EESCJ e na minha actuação diária de cuidados. Em traços gerais de EE será minha função proporcionar benefícios essenciais de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes, de forma integrada e coordenada e, garantindo desta forma a continuidade de cuidados. (OE, 2007).

Encaro que os profissionais de saúde se devem mover, admitindo que a migração é um factor de stress pois implica inúmeras mudanças nos hábitos de vida da criança/do jovem e família, a serem conhecedores sobre o acesso dos estrangeiros e imigrantes ao sistema de saúde, combater a falta de informação dos mesmos no acesso à saúde, desenvolver programas de mediação sócio cultural em hospitais e centros de saúde.

Apesar de previsto no artigo 64º da Constituição da República que todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, e que no artigo 15º seja garantida aos estrangeiros que se encontram ou residem em Portugal o gozo dos direitos e a sujeição aos deveres do cidadão Português, estando directamente relacionado também com a sua saúde, facto é que ainda hoje existem muitas dificuldades no acesso e garante de cuidados de saúde para os utentes pediátricos vindos de outros países, sendo frequente nos serviços de atendimento de saúde, como o serviço onde desempenho funções e em que contextualizo esta realidade.

Deste modo, conhecer e saber fundamentar a actuação de Enfermagem, com base no reconhecimento do utente imigrante, tal como para qualquer utente, com direito à saúde e igual oportunidade à saúde, consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, é uma competência alcançada. Assim, o contributo individual de cada EE prende-se com o estar atento para estas situações especiais para *“ melhorar o acesso e a equidade aos cuidados de saúde (constitui) o cerne dos objectivos de desenvolvimento do milénio acordados em 2001 pelos estados membros das Nações Unidas”*.

No Centro de Saúde desenvolvi as competências de negociação de plano individual de saúde através de *“Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.,CEEESCJ), Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (E1.1.2, CEEESCJ), Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde (E1.1.3.,CEEESCJ), Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/aos jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4, CEEESCJ)* pois em cada consulta de Enfermagem de SIJ e Vacinação assumi o papel de dinamizadora, esclarecedora e ajuda para fazer face às necessidades sentidas pela família no que concerne aos cuidados à criança/ ao jovem.

Considero como meu propósito, tal como o enunciado pela OE nos PQCE, o intento de *“(...) procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”,* levando-me a ter como *“elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”* (p.14).

Tendo em conta estes propósitos de qualidade dos cuidados de Enfermagem, a visitação domiciliária, definida inicialmente como uma actividade primordial para dar resposta aos objectivos de estágio, e que considerei ser possível realizar com alguma frequência, não foi facilitada. Apesar de ter sido um projecto abraçado, em que o processo foi moroso, pois exigiu pesquisa bibliográfica intensiva relativa à visitação domiciliária fora dos períodos de estágio, considerando *a priori* que actuar na promoção da saúde das crianças/jovens e famílias desta cultura na comunidade seria um marco determinante, mas não foi passível de execução frequente.

No entanto, surgiu uma oportunidade de visitação domiciliária. Num caso de PNV desactualizado de uma criança pertencente à área da UCSP da Charneca do Lumiar e que, pela sua patologia crónica, também seguida no Serviço onde trabalho,

que ao ser por mim detectada, resultou numa carta de articulação de cuidados entre Hospital e Centro de Saúde e, subsequente, programação dessa visita. Considero que esta situação foi de extrema importância para alcançar o trabalho de *“parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde”* (E1.1.10, CEEESCJ).

Segundo a OE (2007, p.11), é necessário *“descobrir o significado do cuidado cultural e as práticas de cuidados específicos de cada cultura”*, com o objectivo de *“proporcionar um cuidado de Enfermagem culturalmente sensível, congruente com os factores que influenciam a saúde/bem-estar”*.

As diminuídas oportunidades de visita domiciliária com vista à promoção da saúde em contexto comunitário, essencial na eficácia da abordagem à criança e família de cultura cigana, foram colmatadas com as oportunidades de promoção da saúde a todas as crianças e famílias abordadas durante as consultas de ESIJ, também as de cultura cigana.

Analisando o Código Deontológico, presente no Artigo 80º, prevê-se que o Enfermeiro seja (...) *responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem*” e, no Artigo 81º do mesmo documento contempla-se:

(...) a) *Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa*

(...) e) *Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida*”. Foi também este o intuito ao longo do meu percurso de estágio e ao debruçar-me sobre a temática que intitula o presente relatório.

Deste modo, como EE, deverei estar mais habilitada e sensível para as questões relacionadas com o cuidado cultural, concepção que está na linha de pensamento de Madeleine Leininger.

No estágio na UCSP da Charneca do Lumiar tive oportunidade de desenvolver conhecimentos e competências de EEESCJ, como:

- Avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento do utente pediátrico
- Respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais;
- Orientação antecipatória às famílias;
- Desenvolver uma prática profissional e ética na área de intervenção, atendendo ao binómio beneficiário dos cuidados;

- Promover o mais elevado estado de saúde possível;
- Prestar cuidados à criança saudável (ou doente);
- Proporcionar educação para a saúde;
- Identificar e mobilizar recursos de suporte à criança e família /pessoa significativa

Considero fundamental que os Enfs. assegurem o papel de apoio, ensino e orientação aos utentes/família, reconhecendo as suas potencialidades e identificando as suas competências, tornando o processo de cuidado num processo relacional. De acordo com esta ideia, Swanson, em 1991, refere-nos que *“Cuidar é tornar-se emocionalmente aberto para o Outro”*.

Julgo, por isso, que a interacção com a criança e família se caracteriza não por uma relação de poder, de submissão aos cuidados de enfermagem, mas sim por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.

Se a nossa sociedade hoje é multicultural, para que se crie uma relação terapêutica, reconhecer e ajustar as concepções de saúde ou de doença a essas pessoas, terá de ser parte integrante dos procedimentos de Enfermagem. Daí que as competências *“E3.3- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”* e *“E3.3.2 - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”* tenham sido por mim alcançadas. (CEEESCJ)

Em termos globais, no que concerne à minha actuação no decurso do estágio, este tornou-se uma mais-valia no adquirir de competências especializadas, sendo uma experiência aliciante, inicialmente, pela necessidade de contornar obstáculos deparados no contacto directo, e, posteriormente, uma experiência enriquecedora, pela capacidade de planeamento e de organização na realização de actividades, alcançando os objectivos a que me propus atingir e as necessidades do utente/família e do centro de saúde.

A maior aprendizagem que considero ter retirado destas cinco semanas de estágio é a de que actuar perante a complexidade (imposta ou não) poderá ser considerado como o juntar de peças soltas, em que as mesmas parecem não encaixar, mas que ao voltar a compô-las, através de um pensamento crítico, procurando os meios para resolver as situações e com a consciência de que algo pode ser feito, acaba por levar aos resultados pretendidos.

No SU, ao passar alguns turnos na Triagem, identifiquei possíveis problemas relacionados com os cuidados de saúde, mobilizando *“conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”* (exemplo: necessidades de *coping* perante a espera em sala, gestão de conflitos) sempre com os conhecimentos *“...e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico”* presentes. (E2.1.1., E2.2.2, E2.5.1, CEEESCJ). Identifiquei também as *“[Diagnostica] necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem”*.

Ressalvo a detecção, orientação e encaminhamento das situações de vulnerabilidade, em que participei, nomeadamente face à privação económica e marginalidade social, em que se reflectem as piores condições de equidade e vigilância de saúde, destruturação familiar ou problemas sociais graves, frequentes em contexto de Urgência, sendo uma dessas situações a de uma criança de 3 anos com suspeita de maus-tratos infligida pelo padrasto, sendo que nesta situação em particular desenvolvi a competência de *“Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade (...)”* (E.2.5.6), *“Adequa(ndo) o suporte familiar e comunitário”* (E2.5.4.), e principalmente por *“E3.4.1- Facilita(r) a comunicação expressiva de emoções”*, adequando a comunicação à idade da mesma, através da brincadeira terapêutica, e que foi extremamente importante na colheita de dados para o devido encaminhamento da situação à instituição de saúde da área de residência e futura referenciação à CPCJ. (CEEESCJ)

Não menos marcante foi a situação de uma adolescente encontrada inconsciente à porta do prédio onde reside com a família, que desconhecia o sucedido, sendo que após acompanhamento e participação na estabilização clínica da mesma, tive oportunidade de *“E3.4.5- Negoceia(r) contrato de saúde com o adolescente”*, além de lhe fazer reforços pela sua própria tomada de decisão responsável (E3.4.4, CEEESCJ), por ter contado à equipa o sucedido.

Por ter uma actuação baseada na relação de ajuda, promovendo um ambiente calmo e a comunicação eficaz, determinante num ambiente de stress constante, como é o caso de um SU, considero ter alcançado a competência *“E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem”* e *“E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de coping e de adaptação”*. (CEEESCJ)

Participar activamente nos cuidados não-traumáticos efectivos, identificado e utilizando as estratégias em estágio e na frequente prática diária de cuidados, considero que me permitiu adquirir as competências de *“E2.2.2- Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”* e *“E2.2.3- Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”*. (CEEESCJ)

No que diz respeito ao tempo de estágio na UCIN, ter o avanço duma semana no cronograma, não foi impeditivo de novas aprendizagens, determinantes no meu percurso de aquisição de competências enquanto EESCJ, pois apenas retirou algum tempo ao último local de estágio no Internamento de Pediatria Médica, local onde exerço funções.

O grande progresso do cuidado neonatal deve-se à constante actualização tecnológica e científica mas também na base fundamentada do cuidado ao RN de alto risco e família. Esta base verifica-se numa crescente preocupação com os cuidados mais humanizados, assumido como parte do papel fulcral de cada membro da equipa multidisciplinar da UCIN.

As linhas orientadoras da actuação dos Enfs. da UCIN prendem-se com a constante actualização de conhecimentos sobre o cuidado ao RN de alto risco e a adopção de estratégias para integrar a família nos cuidados ao mesmo.

Desta forma, ao longo deste estágio tive em conta a primordialidade do processo vincutivo da família e sua autonomia progressiva, determinante no cuidado a este RN prematuro e/ou gravemente doente.

Considero, por isso, que desenvolvi competências relacionadas com a promoção da vinculação de forma sistemática no caso do RN doente ou com necessidades especiais (*“E3.2.1- Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.2 - Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interactivo; E3.2.3 - Utiliza estratégias promotoras de esperança realista”*) pois foi-me permitido ao longo deste estágio fazer actividades de participação activa junto destes bebés e família, dando o apoio e estimulando os pais, dando-lhes *empowerment* nos cuidados, o que tornou possível a consciencialização dos mesmos como parceiros de cuidados bem como a promoção das suas competências parentais, que também me ajudou a dar resposta a unidades de avaliação de competências como: *“E3.2.4 - Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E3.2.5 - Promove a amamentação; (ex.: método Canguru e*

transmissão de estratégias facilitadoras durante a amamentação), *E.3.2.6 - Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN* (Ex.: combinação do horário preferencial para os pais estarem presentes e participarem na prestação dos cuidados de higiene); *E3.2.7- Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce*” (Ex: encaminhamento de situações de potencial agravamento da situação clínica para os membros da equipa multidisciplinar, como a Terapia da Fala). (CEEESCJ)

Neste percurso pela UCIN constatei, pelo contacto que tive com famílias de diversas culturas, nomeadamente com a cultura cigana, que também estas vivenciam este momento de incerteza e stress perante o RN, sendo determinante o apoio dado pelo EESCJ.

Factor não menos importante no papel do Enf^o., na UCIN, é o controlo do desconforto e da dor. Ao cuidar destes bebés/família procurei identificar factores causadores de desconforto, como luminosidade, temperatura, ruído, manipulação, de modo a minimizá-los e, assim, proporcionar medidas de conforto, sabendo que parte das competências a adquirir também seria a de avaliar e adoptar estratégias de alívio. Por isso, senti necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a Escala de avaliação da dor NIPS, recorrendo frequentemente à utilização das medidas não-farmacológica para alívio da mesma, tal como a sacarose a 24% oral e a promoção do toque pelo cuidador de referência/familiar.

O espaço confinado deste local de estágio, foi uma das principais dificuldades a referir, determinando a inexistência de privacidade, que para mim acabou por dificultar o expor de dúvidas/necessidades pelos pais, e também a pouca permanência dos mesmos na UCIN, com a consequente diminuição de oportunidades para estimular a aplicação do método Canguru ou promoção do aleitamento materno.

Outra contra-partida, superada ao longo deste trajecto, foi o desconhecimento de algumas das tecnologias utilizadas nos cuidados ao RN de alto risco, tais como as técnicas de ventilação invasiva.

Durante o último estágio, em Internamento de Pediatria Médica, senti que apesar de estar num contexto conhecido, quer em termos físicos como estruturais e de recursos, e embora, inconscientemente, já as tivesse adquirido pelas necessidades da prática diária, no encalce de competências de EECJ foi-me

possível estar mais atenta face às competências relacionadas com *“conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas”* (E2.3.1.), com a *“Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras”*(E2.3.2)(exemplo: pesquisa bibliográfica para fundamentação teórica e para dar informação aos pais sempre que solicitada)e *“(...) para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar”* (E2.4.3)(exemplo: estabelecimento de contacto com Dietista)no cuidar destas crianças, sempre com a preocupação de demonstrar *“(...) conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem”*(E2.4.2), como no caso da intervenção junto de utentes com doença metabólica. (CEEESCJ)

Uma das actividades que pude realizar com a Enf.^a-Orientadora foram os pedidos de fármacos e material de *stock* do serviço e consciencialização na tomada de decisão face a assuntos decisivos para o bom funcionamento do mesmo, funções atribuídas à equipa de gestão, o que me permitiu tomar consciência da aquisição de CCEE na área da gestão.

O facto de me terem sido proporcionados momentos de participação activa nos cuidados ao utente pediátrico, na identificação de problemas, durante o acolhimento, estadia e alta em contexto de hospitalização, sempre que possível aos utentes de cultura cigana, em diferentes faixas etárias, por forma a percebermos eventuais necessidades e oportunidades de promoção de saúde e estimulando à participação parental nos cuidados antecipatórios de vigilância da saúde, foi extremamente relevante neste meu percurso para EESCJ mas também no atingir dos objectivos gerais deste trabalho.

Além da possibilidade que fui tendo, pontualmente, com a equipa multidisciplinar, de partilha dos conhecimentos adquiridos durante as pesquisas bibliográficas para trabalhos e estágios anteriores, considero que a actividade em que realizei a sessão de formação, além do enorme gozo que me deu em todo o processo, deu “frutos” positivos na área de sensibilização da equipa multidisciplinar para a *“Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a criança/o jovem e família de cultura cigana”* e na consciencialização da diferença cultural da etnia cigana. O sucesso desta sessão de formação, entre outras vantagens, permitiu-me desenvolver a competência esperada em CCEE na área de formação de pares.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade dos cuidados de Enfermagem deve espelhar aquilo que defendemos, concretizando o desejo de quem cuidamos e o nosso próprio. Na minha opinião, ser enfermeira é poder desenvolver a profissão mais privilegiada na área da saúde, pois abrange globalmente o Ser Pessoa.

De acordo com Abreu *“o enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efectivo.”* (Abreu, 2001, p. 105).

Neste período de “transformação”, de continuidade formativa, capacitei-me no desenvolvimento da visão holística do cuidar culturalmente competente, sabendo que é essencial desenvolver competências na área relacional centrada na família. Pensei ser importante continuar a minha formação académica no sentido de aperfeiçoar competências, indispensáveis para uma prática adequada e eficaz, nunca esquecendo o conceito de enfermagem interactiva, centrada nos cuidados holísticos à criança e família.

Assim, como futura EESCJ, sabendo a posição privilegiada ao nível dos cuidados à criança/família, considero de grande importância saber identificar os vários factores que afectam o seu crescimento e desenvolvimento, de modo a accionar actividades com vista à competência parental, ajudando-os e aos seus filhos, no alcançar e superar das várias etapas do desenvolvimento. Entre esses saberes está o reconhecimento da necessidade de competência cultural para melhor cuidar.

Segundo a OE (2007), é esperado do Enf. Especialista que demonstre níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, através das suas competências clínicas no campo específico da intervenção especializada.

A realização deste relatório vem concluir um longo caminho percorrido.

Este trabalho possibilitou o enquadramento teórico necessário à compreensão da descrição das actividades desenvolvidas durante a unidade curricular Estágio com Relatório, bem como o intitular das competências de EE adquiridas ao longo do mesmo.

Ao longo dos estágios pude compreender a abrangência do papel do EESCJ, no apoio à família e pessoas significativas, pois assiste a criança e família nas escolhas informadas e no agir para o melhor interesse da criança, inscrito também na promoção dos estilos de vida saudáveis e da saúde.

Enquanto actor na Educação para a Saúde, o EESCJ aplica a sua formação científica e técnicas adequadas e actualizadas, aliadas a elevados valores humanos, estando ao nível das expectativas do utente e da família, sendo também seu papel o de agente de mudança dentro das equipas de saúde.

A oportunidade única de ter um maior conhecimento de diferentes realidades, nas unidades de saúde onde se realizaram os estágios, foi decerto uma grande aprendizagem e, certamente, levando os Enfs. a reflectir e analisar os cuidados prestados, sendo um momento determinante na mudanças das práticas de Enfermagem.

As principais dificuldades e limitações que senti durante este percurso de crescimento prenderam-se com a articulação entre três grandes dimensões envolvidas: pessoal, profissional e académica, pois não é fácil gerir a exigência horária de cada uma delas.

A agravar esteve o facto de não ter sido possível adquirir o estatuto de trabalhador-estudante, e nem sempre os dias de Formação, previstos e solicitados ao abrigo da Lei, serem disponibilizados de acordo com as necessidades do momento e de cumprimento de prazos, o que conduziu a momentos de maior *stress*.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, Wilson C. (2001) – *Identidade, Formação e Trabalho*. Coimbra: Formasau
- Alves, M. (2004) – *Etapas da Metodologia do Projecto. O Professor*, (85).Lisboa: Quarteto Editora
- Aprovação da estratégia nacional para a integração das comunidades ciganas
acedido em 2013.12.20 do website:
<http://www.acidi.gov.pt/noticias/visualizar-noticia/51531e964a8e3/aprovacao-da-estrategia-nacional-para-a-integracao-das-comunidades-ciganas-2013-2020->
- Barbier, J. (1993). *Elaboração de projetos de ação e planificação*. Porto: Porto Editora
- Bolander, Verolyn Rae; Sorensen et al. (1998) – *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. (3ª Edição) Lisboa: Lusodidacta editores
- Casey, Anne (1993) – *Development and use of Partnership Model of Nursing Care*.
In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. – *Advances in Child Health Nursing*,
London: Scutari, p.193-233
- Constituição da República Portuguesa - [em Linha]. Lisboa. Acedido em 23 Março 2014. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt>
- Coutinho, M. T. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*. 1 (XXII). Lisboa
- Cultural Diversity in the Era of Globalization, acedido em 2013/Dezembro/05 no website: <http://portal.unesco.org>
- Declaração Universal dos Direitos Humanos acedido em 2014.02.20 no website: <https://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>
- Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro, *Regulamento da Carreira de Enfermagem*

- Dias, Eduardo Costa; Alves, Isabel; Valente, Nuno; Aires, Sérgio (2002) - Comunidades ciganas: representações e dinâmicas de exclusão-integração. *Olhares* (6) Porto: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas
- Fernandes, João José Santos (2000) – O Doente de Etnia Cigana - uma visão dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta, p. 15-41
- Fernandes, M. (1999) - *Metodologia de Projecto*. *Servir*. 47 (5), p.233-236
- Fraser, Angus (1998). *História do Povo Cigano*, Lisboa: Editorial Teorema
- Hockenberry, M.; Wilson, D.; Winkelstein, M. (2006) – *Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Mosby
- Hockenberry, M.; Wilson, D.; Winkelstein, M. (2014) – *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência
- http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1397484&page=-1
- Leininger, Madeleine (1995) – Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices. (2ª Edição). New York: McGraw-Hill
- Leininger, Madeleine (1999) - Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. *Revista Enfermagem*. (10) Lisboa. p.32 - 36
- Liégeois, Jean-Pierre (2001). *Minorias e Escolarização: o rumo cigano*. Coleção Interface, Lisboa: Ed. Centre de Recherches Tsiganes e Secretariado Entreculturas (Ministério da Educação)
- Lopes, José Carlos Lopes (2009) – Organizações de saúde Multiculturais. In LOPES, José Carlos dos Reis et al (2009) – *Multiculturalidade. Perspectivas da enfermagem. Contributos para melhor cuidar*. Loures: Lusociência
- Machado, Maria do Céu (2009) – Globalização, multiculturalidade e saúde. In Lopes, José Carlos dos Reis et al (2009) – *Multiculturalidade. Perspectivas da*

enfermagem. Contributos para melhor cuidar. Loures: Lusociência. Pág. 47-54

Morin, Edgar (2001). *La Méthode: L’humanité de l’humanité – L’identité humaine.* Paris: Seuil

Opperman, S. C.; Cassandra, A. K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea.* Loures: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (1998) - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2001) – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2004) – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, p.18

Ordem dos Enfermeiros (2005) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0. Geneve: International Council of Nurses

Ordem dos Enfermeiros (2007) - Desenvolvimento Profissional: Individualização das especialidades em Enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, Suplemento da Revista (26), p. 9-23

Pender, Nola J.; Murdaugh, Carolyn; Parson, Mary Ann (2006). *Health promotion in nursing practice.* (4th edition). New Jersey: PearsonEducation, Inc.

Pereira, Eugénia; Kinebanian, Astrid (2007) - *Intervir com Pessoas de Etnia Cigana – Experiências de Terapeutas Ocupacionais*, Lisboa (s.n)

Ramos, Natália (2006) – Migração, aculturação, stress e saúde. Perspectiva de investigação e de intervenção. *Revista Psychologica.* N.º41. Coimbra. p.329-350

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, aprovado a 20 Novembro de 2010. Diário da República II Série, N.º 25 (18-02-2011) 8653-8655

REPE. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril)

Resolução do Conselho de Ministros nº 63 – A/2007 de 3 de Maio. *Plano para a integração dos imigrantes*. Acedido: 2013/Maio/07, no Website: <http://www.acidi.gov.pt>

Silva, L. Ferreira da (2005) – *Saúde/Doença é Questão de Cultura – Atitudes e comportamentos de saúde materna nas mulheres ciganas em Portugal*. Acime, Fundação para a Ciência e tecnologia. Porto: Alto Comissariado para a Integração e Minorias Étnicas

Soares, Paulo Fernando Estrela (2003) – *A Promoção da Saúde na Infância em contexto multicultural*. Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: (s.n)

Sousa, Carlos Jorge (2001) – Um olhar cúmplice. *Políticas Educativas: o caso da etnicidade cigana*. Lisboa: Secretariado Entreculturas

Stanhope, Márcia; Lancaster, Jeanette (1999) – *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde e de grupos, famílias e indivíduos*. 1ª Edição. Lisboa: Lusociência. Pag 532-538

Swanson, Kristen M. (1991) – Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. Vol 40 (3). New York

Tomey, Ann Marriner; Alligood, Martha Raile (2004) - *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5º Ed.) Loures: Lusociência

Unesco (2006). *Internacional Migration Report 2002*. Departamento das Nações Unidas

União Europeia (2007). *Guia de intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde* (trad. port.). Madrid: Fundación Secretariado Gitano

Vasconcelos, P.B. (1999) – Os ciganos e a sociedade Portuguesa. In Montenegro, M. (ed.). *Ciganos e Educação*. Setubal: Instituto das Comunidades Educativas, p.13-15

APÊNDICES

APÊNDICE I

ANOS	2013														2014								
MESES	Set	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março	
SEMANAS	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	20		6	13	20	27	3	10	17	24	3
	4	11	18	26	1	8	16	22	29	6	13	19		3	10	17	24	31	7	14	21	28	7
Locais de estágio	ESEL	ACIME - CNAI Lisboa	ACES Lisboa Norte – UCSF da Charneca do Lumiar				Serviço de Urgência de Pediatria do HFF				CHLN – HSM UCIN		Ferias de Natal		CHLN-HSM UCIN		CHLN- HSM Pediatria Piso 6			Elaboração de relatório de estágio			

APÊNDICE II

		COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA									
		A1	A2	B1	B2	B3	C1	C2	D1	D2	
<div>❖ Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem, nas áreas clínica, de formação, gestão e investigação, assente na prestação de cuidados de Enfermagem Avançada e Culturalmente Competente</div> <div>❖ Desenvolver competências na promoção da saúde à criança/ao jovem e família de cultura cigana, à luz da Teoria do Cuidar Transcultural de Leininger</div>		Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade	Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional	Adapta a liderança a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados	Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	
OBJECTIVOS DE INTERVENÇÃO	Adquirir conhecimentos sobre as práticas de cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde;			X	X			X	X	X	
	Compreender quais as práticas de cuidados face ao utente pediátrico e família de cultura cigana nos diferentes contextos clínicos;	X	X	X	X		X	X	X		
	Prestar cuidados de saúde especializados à criança/ao jovem e família de cultura cigana;	X	X		X	X	X	X	X	X	

Desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s do seu exercício profissional	Nível de competência percebido
<p>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>	<p>1.1 Considero que ao longo do meu percurso profissional ocorreram evoluções muito positivas no sentido da promoção da parentalidade e que a parceria de cuidados se tornou numa realidade da minha prática diária, no entanto ainda com lacunas ao nível do conhecimento do cliente na sua globalidade, nomeadamente face à sua cultura e sem grande preocupação para tornar os cuidados personalizados.</p> <p>Ocorrem lacunas face aos ensinamentos personalizados não sendo possível, por défice de conhecimento e capacidade cultural, adequá-los à criança/jovem e sua família.</p>	<p>Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1____2____3_x____4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1____2____3_x____4</p> <p>Mobilização em situação clínica</p> <p>1____2____3_x____4</p> <p>Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1____2_x____3____4</p> <p>Observações:</p>

<p>E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>	<p>No serviço onde desempenha funções surgem situações de doença muito diversas pelo que se torna um percurso facilitador, devido à experiência adquirida pelos anos de serviço.</p> <p>Face a maus-tratos e negligência também existem muitos casos de crianças/jovens destas na pediatria do piso 6, aos quais presto assistência na minha prática diária de cuidados.</p> <p>1.2.7 e 1.2.8 Na Pediatria 6 exerce funções de promoção de saúde e ensinamentos sobre situações de doença na criança/jovem e suas famílias, facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança, sempre com a preocupação de avaliar os conhecimentos e comportamentos do cliente e família relativos à saúde.</p>	<p>Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2__x__3_____4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3__x__4</p> <p>Mobilização em situação clínica 1_____2_____3__x__4</p> <p>Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3__x__4</p> <p>Observações:</p>
--	---	---

Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s do seu exercício profissional	Nível de competência percebido
<p>E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p>	<p>Muitas das crianças assistidas na Unidade de Internamento da Pediatria Médica do Piso 6 encontram-se em situação crítica ou de instabilidade, sendo necessários conhecimentos e mobilização dos mesmos para fazer face a cuidados antecipatórios.</p> <p>Uma das lacunas existente na grande maioria dos enfermeiros deste serviço, incluindo eu própria, prende-se com o facto de não existir formação em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>Embora esporadicamente ocorrem mortes no serviço, sendo também por este motivo de stress na equipa e a nível individual</p>	<p>Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3__x__4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3__x__4</p> <p>Mobilização em situação clínica 1_____2_____3__x__4</p> <p>Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4 x</p> <p>Observações:</p>
<p>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>	<p>Já se encontra implementado no serviço a utilização de escalas de avaliação da dor de acordo com a faixa etária e desenvolvimento da criança/jovem, sendo providenciadas medidas de conforto, não farmacológicas e de cuidados atraumáticos sempre que possível.</p> <p>Existem muitas crianças/jovens com doença crónica com internamentos repetidos na nossa unidade pelo que se adoptam para além das medidas farmacológicas também as não farmacológicas considerando sendo as particularidades de cada indivíduo.</p>	<p>Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4x</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4x</p> <p>Mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4x</p> <p>Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4x</p>

<p>E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p>	<p>Existem inúmeras situações de doenças raras na Pediatria 6 pois temos as unidades médicas de Neurologia, hematologia, endocrinologia e doenças metabólicas para além de englobar também a pediatria geral que abarca muitos clientes com queixas inespecíficas que ficam para estudo diagnóstico. Sempre que surge uma situação clínica desconhecida faz-se pesquisa bibliográfica imediata para dar respostas às necessidades daquela criança/jovem mobilizando recursos para ser uma resposta eficiente.</p>	<p>Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 x</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 x</p> <p>Mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4 x</p> <p>Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4 x</p> <p>Observações:</p>
<p>E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar</p>	<p>A utilização de musicoterapia durante os procedimentos invasivos (ex.punção venosa) é tida em conta para minimizar o impacto da hospitalização e ser facilitadora da relação terapêutica com a criança/jovem e família.</p>	<p>Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4x</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4x</p> <p>Mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4x</p> <p>Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4x</p> <p>Observações:</p>
<p>E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica,</p>	<p>Participação activa na integração da criança/jovem com</p>	<p>Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 x</p>

<p>deficiência/incapacidade.</p> <p>E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.</p> <p>E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário.</p> <p>E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.</p> <p>E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>	<p>doença crónica ou deficiência/incapacidade na sua adaptação e da sua família. Muitas vezes adequa-se suporte na comunidade às situações de reinternamento são necessárias, comunicando com a família de modo a ser elo de ligação participante na equipa multidisciplinar.</p> <p>Mobilizam-se profissionais da equipa multidisciplinar para prestar apoio emocional e psicológico e social quer à criança/jovem quer à família.</p>	<p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1_____2_____3_____4 x</p> <p>Mobilização em situação clínica</p> <p>1_____2_____3_____4 x</p> <p>Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1_____2_____3_____4 x</p> <p>Observações:</p>
---	---	---

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s do seu exercício profissional	Nível de competência percebido
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto -juvenil.	Considero que existe uma lacuna face à avaliação e actuação perante a detecção de alterações no crescimento e desenvolvimento, não sendo prática frequente na pediatria 6.	Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_x_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_x_____3_____4 Mobilização em situação clínica 1_____2_x_____3_____4 Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_x_____3_____4 Observações:
E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interactivo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.	Mobilizam-se conhecimentos e profissionais face à intervenção ao RN doente ou com necessidades especiais, quer às conhecidas quer às detectadas, reconhecendo a importância da promoção da parentalidade e o envolvimento nos cuidados dos pais.	Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 x Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 x Mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4 x

<p>E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.</p>		<p>Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1_____2_____3_____4 x</p> <p>Observações:</p>
<p>E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p> <p>E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>	<p>Denoto falhas na comunicação com a criança/jovem e família de outras culturas, não sendo tanto ao nível do desenvolvimento da mesma, pelo desconhecimento das suas particularidades, reflectindo-se na prestação de cuidados e relação terapêutica.</p>	<p>Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1_____2__x__3_____4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1_____2__x__3_____4</p> <p>Mobilização em situação clínica</p> <p>1_____2__x__3_____4</p> <p>Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1_____2__x__3_____4</p> <p>Observações:</p>

<p>E3.4 — Promove a auto -estima do adolescente e a sua auto -determinação nas escolhas relativas à saúde.</p> <p>E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções.</p> <p>E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário.</p> <p>E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis.</p> <p>E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável.</p> <p>E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.</p>	<p>A Pediatria 6 recebe jovens adolescentes e sempre que possível toma em consideração a faixa etária e desenvolvimento do mesmo determinando quarto de acordo com a mesma.</p>	<p>Aprofundamento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1_____2_____3__x__4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1_____2_____3__x__4</p> <p>Mobilização em situação clínica</p> <p>1_____2_____3__x__4</p> <p>Análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1_____2_____3__x__4</p> <p>Observações:</p>
---	---	---

APÊNDICE III



Docente- Profª. Maria Manuela Soveral

Discente- Liliana Nunes

1ª Sessão de OT da UC Estágio com Relatório

- **Local de estágio:**
CNAI – Gabinete de Saúde do ACIDI de Lisboa
- atendimento presencial ou telefónico, sem marcação prévia
- Prestar informação aos cidadãos imigrantes de modo a facilitar o acesso aos cuidados de saúde e promover a equidade desse mesmo acesso;
- Desbloquear situações de acesso aos cuidados de saúde através de estratégias de mediação entre o cidadão estrangeiro e as instituições de saúde e organizações de apoio;
- Zelar pelos direitos e mostrar os deveres desses mesmos cidadãos nos cuidados de saúde;
- Encaminhamento do utente para outros gabinetes dentro do CNAI quando o problema de Saúde exige essa articulação.

EESIP

proporcionar benefícios essenciais de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes, de forma integrada e coordenada e, garantindo desta forma a continuidade de cuidados

Ordem dos Enfermeiros (2007)



*desempenho
fundamentado em
termos ético-legais,
devido ao internamento
frequente de utentes de
outra cultura vindos de
outros países em
contexto dos Acordos
de Cooperação no
domínio da Saúde entre
Portugal e os PALOP*

1ª Sessão de OT da UC Estágio com Relatório

Objetivos:

- Conhecer a dinâmica assistencial de enfermagem do contexto de ensino clínico bem como a sua vertente estrutural, funcional e organizacional;
- Desenvolver competências relacionais na área da comunicação com a criança/família;
- Conhecer a legislação existente no apoio à acessibilidade dos cidadãos estrangeiros aos cuidados de saúde.

1ª Sessão de OT da UC Estágio com Relatório

- Atividades desenvolvidas
- Observação das dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar;
- Consultar normas e protocolos existentes na unidade de saúde, bem como outros documentos existentes e adequados;
- Realização de entrevista informal à equipa de enfermagem, para tomar conhecimento do seu funcionamento, método de trabalho instituído e dinâmica organizacional;
- Pesquisa bibliográfica sobre as temáticas desconhecidas;
- Conhecer as diferentes dinâmicas de assistência à criança/família;
- Desenvolver a capacidade de saber ouvir e comunicar eficazmente com a criança/família, de diferentes culturas, promovendo a relação terapêutica;

1ª Sessão de OT da UC Estágio com Relatório

Actividades (cont.)

- Reconhecimento dos recursos humanos e materiais que podem ser mobilizados para actuar na promoção da saúde existente;
- Promover o ambiente propício ao estabelecimento da comunicação;
- Identificação e análise de possíveis problemas detectados em relação aos cuidados de saúde à criança/ao jovem e família de cultura cigana nas comunidades abrangidas pelo Gabinete de Saúde do CNAI;
- Actuação perante a criança/o jovem e família de diferentes culturas, em particular na cultura cigana e face à promoção da saúde, caso surja a possibilidade

1ª Sessão de OT da UC Estágio com Relatório

- Reunião com a equipa do GACI (Gabinete de Apoio às Comunidades Ciganas) de modo a conhecer qual o trabalho desenvolvido pelo mesmo junto da comunidade cigana a nível nacional e articulação com os prestadores de cuidados de saúde;
- Recolha e análise bibliográfica de publicações do GACI;
- Realização de primeiro contacto com a equipa que realiza acções de sensibilização na educação intercultural para articulação de eventual formação em campo de estágio/ local de trabalho (CHLN-HSM) em data a combinar

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

3º Semestre
UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO

4º Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
Ano lectivo 2013/2014

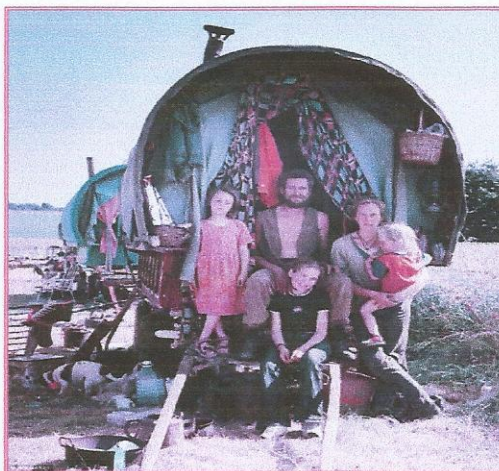


Docente- Profª. Maria Manuela Soveral

Discente- Liliana Nunes

3º Semestre
UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**“PROMOÇÃO DA
SAÚDE DA
CRIANÇA
/DO JOVEM
E FAMÍLIA
DE
CULTURA
CIGANA”**



Docente - Profª. Maria Manuela Soveral
Discente - Liliana Nunes

UCSP Chameca do Lumiar

Objetivos

- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista na promoção da saúde à criança/ao jovem e família, nomeadamente as de cultura cigana;
- Conhecer a dinâmica assistencial de enfermagem em contexto comunitário/ cuidados de saúde primários de acordo com a sua vertente estrutural, funcional e organizacional;
- Prestar cuidados de saúde especializados à criança/ao jovem e família.

Actividades mais relevantes para o projecto

- Participação nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, mobilizando os conhecimentos na área da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/ do jovem;
- Prestação de cuidados antecipatórios (educação para a saúde sobre prevenção de acidentes, parentalidade, diversificação alimentar...) e promoção da saúde (vacinação de crianças e adultos, planeamento familiar e sexualidade/gravidez na adolescência...);
- Sensibilização às equipas multidisciplinares dos contextos de saúde para o “conhecimento” da cultura cigana, necessárias ao desenvolvimento das competências culturais na melhoria dos cuidados de Enfermagem;

Actividades mais relevantes para o projecto

- Mobilização de conhecimentos teóricos e científicos para a prática da promoção da saúde em centro de saúde e visitação domiciliária/comunidade ao utente pediátrico e família;
- Detecção precoce e encaminhamento de situações de possível interferência negativa na vida ou qualidade de vida da criança assistida e/ou outros membros da família;
- Avaliação do contexto socioeconómico da criança e família por forma a dar resposta ao seu plano individual de saúde e necessidades

Processo de tomada de decisão

- Enquadramento profissional

Código Deontológico

Artigo 80º → (...) responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem

Artigo 81º → (...) a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa

(...) e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida

Regulamento das competências específicas do EEESCJ

"Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência"

Processo de tomada de decisão

- Enquadramento profissional

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESCJ

5.2 Promoção da Saúde

"a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde"

e "(...) facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem

Visitação Domiciliária
Consultas de Enfermagem
de Saúde Infantil e Juvenil

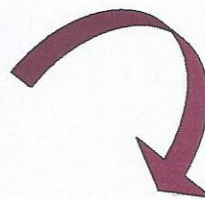
Processo de tomada de decisão

Desenvolvimento de conhecimentos e competências de EEESCJ

- ✓ Avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento do utente pediátrico
- ✓ Respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais;
- ✓ Orientação antecipatória às famílias;
- ✓ Desenvolve uma prática profissional e ética na área de intervenção, atendendo ao binómio beneficiário dos cuidados;
- ✓ Promove o mais elevado estado de saúde possível;
- ✓ Presta cuidados à criança saudável (ou doente);
- ✓ Proporciona educação para a saúde;
- ✓ Identifica e mobiliza recursos de suporte à criança e família /pessoa significativa

Dificuldades - Quais e como superar?

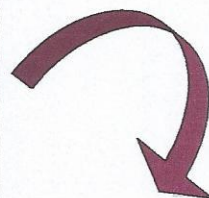
Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil com lacunas na estruturação e aplicação da Escala de Mary Sheridan para Avaliação do Desenvolvimento Infantil pouco eficaz/inexistente



Realização de poster orientador na avaliação do Desenvolvimento Infantil através da Escala de Mary Sheridan, de modo a aplicar durante as consultas e dinamizar os registos em SAPE, bem como a reestruturação da sala de Enfermagem para efectivar essa mesma avaliação

Dificuldades - Quais e como superar?

Diminuídas oportunidades de visita domiciliária com vista à promoção da saúde em contexto comunitário, essencial na eficácia da abordagem à criança e família de cultura cigana



Promoção da Saúde a todas as crianças e famílias durante as consultas de Saúde Infanto-Juvenil, nomeadamente à cultura cigana e programação de visita domiciliária a criança/família pertencente à área da UCSP da Charneca do Lumiar através da articulação de cuidados entre Hospital e Centro de Saúde

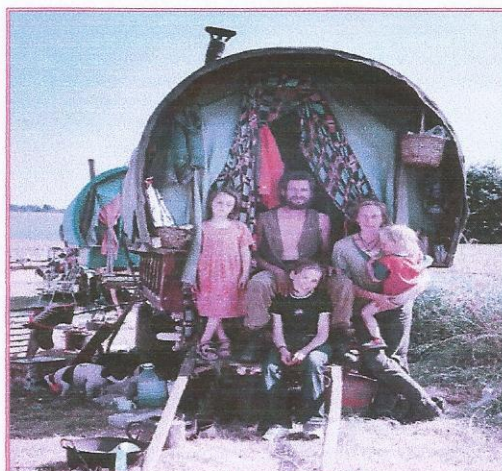


Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

4º Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
Ano lectivo 2013/2014

3ºSemestre
UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**“PROMOÇÃO DA
SAÚDE DA
CRIANÇA
/DO JOVEM
E FAMÍLIA
DE
CULTURA
CIGANA”**

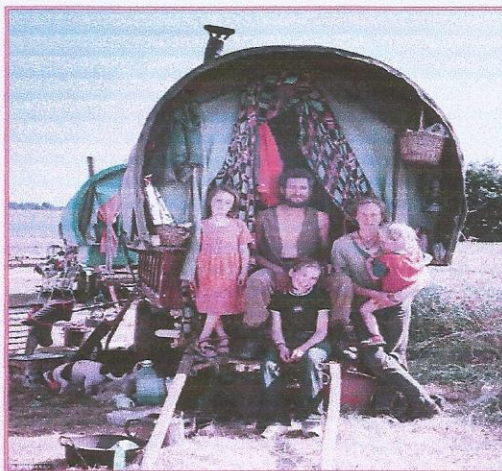


Docente - Profª. Maria Manuela Soveral

Discente - Liliana Nunes

3ºSemestre
UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**“PROMOÇ
ÃO DA
SAÚDE DA
CRIANÇA
/DO JOVEM
E FAMÍLIA
DE
CULTURA
CIGANA”**



Docente - Profª. Maria Manuela Soveral

Discente - Liliana Nunes

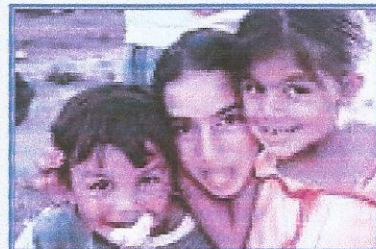
Projeto de estágio

OBJECTIVOS

Objectivos Gerais

- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem, nas áreas clínica, de formação, gestão e investigação, assente na prestação de cuidados de Enfermagem Avançada e Culturalmente Competente;

- Desenvolver competências na promoção da saúde à criança/ao jovem e família de cultura cigana, à luz da Teoria do Cuidar Transcultural de Leininger.



Objectivos Específicos

- Adquirir conhecimentos sobre as práticas de cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde;
- Compreender quais as práticas de cuidados face ao utente pediátrico e família de cultura cigana nos diferentes contextos clínicos;
- Prestar cuidados de saúde especializados à criança/ao jovem e família de cultura cigana.

Actividades mais relevantes para o projecto

- Observação participativa e/ou participação nos diferentes contextos de Estágio, mobilizando os conhecimentos na área da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/ do jovem;
- Prestação de cuidados antecipatórios e promoção da saúde em cada oportunidade e de acordo com filosofia de cuidados de Anne Casey;
- Sensibilização às equipas multidisciplinares dos contextos de saúde para o “conhecimento” da cultura cigana, necessárias ao desenvolvimento das competências culturais na melhoria dos cuidados de Enfermagem;

Actividades mais relevantes para o projecto

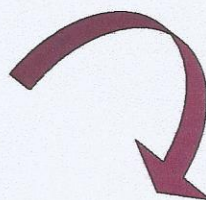
- Mobilização de conhecimentos teóricos e científicos para a prática de cuidados e na promoção da saúde ao utente pediátrico e família;
- Detecção precoce e encaminhamento de situações de possível interferência negativa na vida ou qualidade de vida da criança assistida e/ou outros membros da família;
- Avaliação do contexto socioeconómico da criança e família de modo a dar resposta ao seu plano individual de saúde e necessidades

Resultados Obtidos da Experiência Clínica

Comunidade

Alto Comissariado para a
Imigração e Diálogo
Intercultural

CNAI de Lisboa - Gabinete da
Saúde



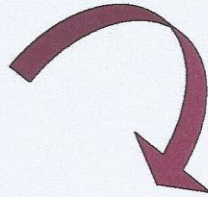
- Conhecer a legislação e informação relacionada com a saúde e apoios aos cidadãos imigrantes de modo a facilitar o acesso aos cuidados de saúde e promover a equidade;
- Zelar pelos direitos e mostrar os deveres dos cidadãos imigrantes nos cuidados de saúde;

Resultados Obtidos da Experiência Clínica

Comunidade

Alto Comissariado para a
Imigração e Diálogo
Intercultural

CNAI de Lisboa - Gabinete da
Saúde



Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pelo alargar de horizontes na prática diária de cuidados, pois é frequente o internamento de utentes de outra cultura vindos de países com Acordos de Cooperação no domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP, e pelo *promover de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*.

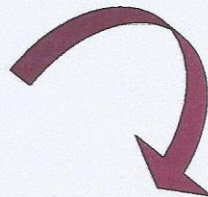
Regulamento nº122/2011_ Regulamento das competências comuns de Enfermeiro Especialista

Resultados Obtidos da Experiência Clínica

Centro de Saúde

USF do Lumiar

UCSP da Charneca do Lumiar



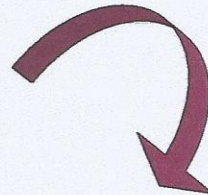
- realização de poster orientador da equipa de Enfermagem na avaliação do Desenvolvimento Infantil através da Escala de Mary Sheridan, a aplicar durante as consultas e dinamizar os registos em SAPE, com reestruturação da sala de Enfermagem e criação de caixa com material para efectivar a aplicação do mesmo;
- oportunidades de promoção da saúde a todas as crianças/jovens (parentalidade, higiene, diversificação alimentar, contraceção, saúde sexual...) e famílias abordadas durante as consultas de Enfermagem de Saúde Infanto-Juvenil, nomeadamente à cultura cigana.

Resultados Obtidos da Experiência Clínica

Centro de Saúde

USF do Lumiar

UCSP da Charneca do Lumiar



“a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde” e “(...) facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem”

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESCJ

E3.1. Promove o crescimento e desenvolvimento infantil;

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura

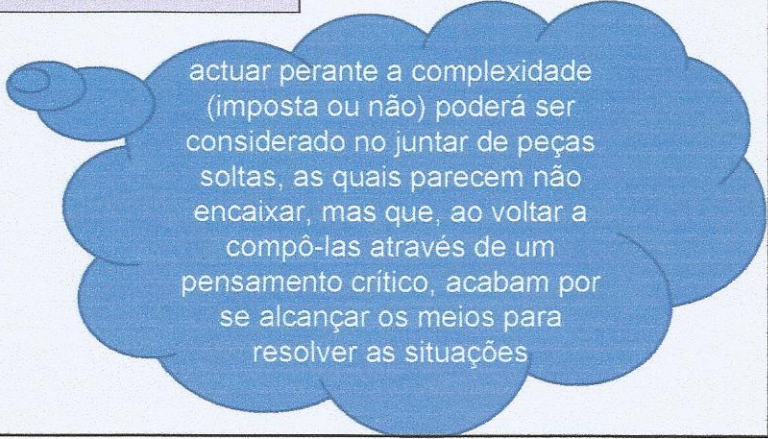
Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ

Resultados Obtidos da Experiência Clínica

Centro de Saúde

USF do Lumiar

UCSP da Charneca do Lumiar



actuar perante a complexidade (imposta ou não) poderá ser considerado no juntar de peças soltas, as quais parecem não encaixar, mas que, ao voltar a compô-las através de um pensamento crítico, acabam por se alcançar os meios para resolver as situações

Resultados Obtidos da Experiência Clínica

Serviço de Urgência

Hospital Fernando da Fonseca

Serviço de Urgência Pediátrica



- Aplicação dos cuidados não-traumáticos, identificação das estratégias utilizadas e dos efeitos da mesma e o envolvimento parental nos cuidados à criança;
- Participação na detecção, orientação e encaminhamento das situações de vulnerabilidade, nomeadamente face a maus-tratos, privação económica e marginalidade social, desestruturação familiar ou défice na vigilância de saúde;
- Criação de dossier informativo sobre a cultura cigana, de modo a colmatar algumas necessidades sentidas pelos profissionais de saúde;

Resultados Obtidos da Experiência Clínica

Serviço de Urgência

Hospital Fernando da Fonseca

Serviço de Urgência Pediátrica



E1.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem

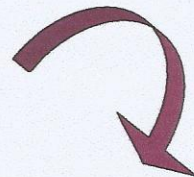
E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados

E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, optimizando as respostas.

Resultados Obtidos da Experiência Clínica

Cuidados Intensivos

Hospital de Santa Maria - UCIN



Promover o comportamento interativo, o contacto físico pais/RN (método canguru), empoderando-os nos cuidados, de modo a consciencializarem a parceria de cuidados;

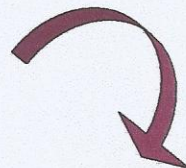
Promoção da amamentação;

Aprofundar de conhecimentos técnicos e aplicação na prática de algumas das tecnologias utilizadas em Neonatologia, nos cuidados ao RN de alto risco.

Resultados Obtidos da Experiência Clínica

Cuidados Intensivos

Hospital de Santa Maria - UCIN



E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e reinserção social da criança/jovem

E2.1 Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados

E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade

E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido(RN) doente ou com necessidades especiais

Próximos passos...

Elaboração do **Relatório de Estágio**

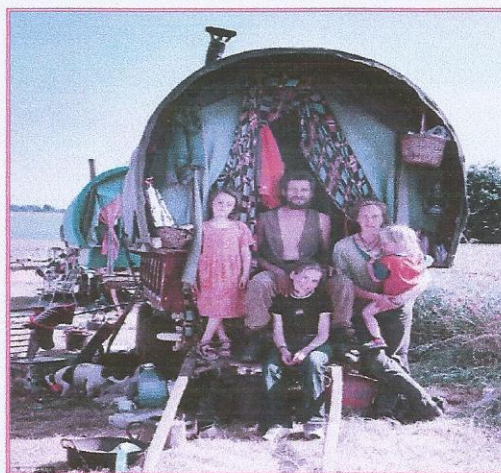
Reflexão sobre as experiências vivenciadas e respostas dadas ao projecto, significativas para a passagem a EESIP

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

4º Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
Ano lectivo 2013/2014

3º Semestre
UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**“PROMOÇÃO DA
SAÚDE DA
CRIANÇA
/DO JOVEM
E FAMÍLIA
DE
CULTURA
CIGANA”**



Docente - Profª. Maria Manuela Soveral

Discente - Liliana Nunes

Apêndice IV

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan

	4/6 Sem	3 M	6 M	9 M	12 M	18 M	24 M	3 A	4 A	5 A
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> Fixa a face da mãe Soni às 6 sem Chora quando desconfortável Responde com sons guturais quando satisfeito 	<ul style="list-style-type: none"> Soni Bom resposta social à aproximação ao face familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Muito activo, atento e curioso 	<ul style="list-style-type: none"> Leva uma bolacha à boca Moraga Distingue familiares de estranhos 	<ul style="list-style-type: none"> Bebe pelo copo com ajuda Segura a colher mas não a usa Colabora ao vestir levantando os braços Muito dependente do adulto Demonstra afecto 	<ul style="list-style-type: none"> Bebe pelo copo sem enfiar muito Levantando o com ambas as mãos Segura a colher e leva alimentos à boca Não gosta que lhe peguem Exige muita atenção Indica necessidade de ir ao W.C. Começa a copiar as actividades domésticas 	<ul style="list-style-type: none"> Põe o chapéu e os sapatos Uta bem a colher Bebe por copo e coloca-o no lugar sem enfiar 	<ul style="list-style-type: none"> Pode despir-se se lhe desabotoarem o vestuário Vai sozinho ao W.C. Come com colher e garfo 	<ul style="list-style-type: none"> Bebe sozinho e despi-se sozinho, excepto fazer botão e abotoar-se Costa de costas para a mãe Sabe manter a sua própria roupa 	<ul style="list-style-type: none"> Veste-se sozinho Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho Escute os amigos Compreende as regras do jogo
Visão e Matricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> Segue a bola pendente a 30-25cm, fazendo 1/4 de círculo do lado até a linha média 	<ul style="list-style-type: none"> Mãos abertas, junta-as e bñica Segura brevemente a roca e move-a em direcção à face Segue a bola pendente em V circular e na horizontal Convergência ocular Pestaneio de defesa 	<ul style="list-style-type: none"> Pressiona "no palmar" Leva objectos à boca Transfere objectos Se o objecto cai, espanta-o imediatamente Bom convergência (estrabismo anómalo) 	<ul style="list-style-type: none"> Leva tudo à boca Aponta com o indicador Atra objectos deliberadamente ao chão e procura-o 	<ul style="list-style-type: none"> Explora com energia os objectos e sacos ao chão Procura o objecto escondido Interesse visual para perto e longe 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 3 cubos Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão Corta um livro e volta várias páginas de uma vez 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 9 cubos Imita e rabisco circular Gosta de ver livros Combina duas cores, geralmente vermelho e amarelo, sendo que confunde o azul com o verde 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 9 cubos Imita (3anos) e copia (3 e 1/2 anos) ponte de 3 cubos Copia o círculo Imita a cruz Combina duas cores, geralmente vermelho e amarelo, sendo que confunde o azul com o verde 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói escada de 8 cubos Combina e nomeia 4 cores básicas 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói 4 degraus com 10 cubos Copia o quadrado e o triângulo (5anos) Conta cinco dedos de uma mão Nomeia 4 cores
Postura e Matricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> Decúbito ventral - levanta a cabeça Decúbito dorsal - postura assimétrica dos MS do lado da face externa Tração pelas mãos - cabeça cai Sentado - apoio em arco e mãos fechadas Suspensão vertical - cabeça erecta com membros gemelizados 	<ul style="list-style-type: none"> Decúbito ventral - apoio nos antebraços Movimentos rítmicos dos membros inferiores Tração pelas mãos - cabeça cai Tração pelas mãos - cabeça erecta e coluna dorsal recta De pé - flexão dos joelhos 	<ul style="list-style-type: none"> Levanta-se nas mãos Levanta-se com a ajuda de uma toalha para se apoiar e mantém a cabeça erecta e coluna dorsal recta De pé - flexão dos joelhos 	<ul style="list-style-type: none"> Senta-se sozinho e fica entre 10 e 15 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> Sentado mantém o equilíbrio Sentado Põe-se de pé e balança-se com apoio a 1 ou 2 mãos 	<ul style="list-style-type: none"> Anda bem Aparna brinquedos do chão 	<ul style="list-style-type: none"> Corre Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau 	<ul style="list-style-type: none"> Tem equilíbrio momentâneo num pé Sabe escalar alternadamente Desce com os dois pés no mesmo degrau 	<ul style="list-style-type: none"> Fica num pé sem apoio 3 a 5 seg. Sobe e desce as escadas alternadamente Salta num pé 	<ul style="list-style-type: none"> Fica num pé 3 a 5 seg com os braços dobrados sobre o tórax Salta alternadamente num pé
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Pára e pode voltar os olhos no sentido de uma sineta roca ou vez a 15cm do ouvido 	<ul style="list-style-type: none"> Atende e volta-se quando ouve sons 	<ul style="list-style-type: none"> Segue os sons a 45cm do ouvido Vocaliza monossílabos e dissílabos Dá gargalhadas 	<ul style="list-style-type: none"> Atenção rápida para os sons, tanto perto como longe Localiza os sons suaves a 90cm acima e abaixo do nível do ouvido Rapem vários sílabas e sons do adulto 	<ul style="list-style-type: none"> Resposta rápida aos sons suaves Dá pelo nome e volta-se Compreende ordens simples como "Dá cá" e "Adianta" 	<ul style="list-style-type: none"> Usa 6 a 20 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos 	<ul style="list-style-type: none"> Diz o primeiro nome Fala sozinho enquanto brinca Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas Linguagem incompreensível, mesmo por parte dos familiares Nomeia objectos 	<ul style="list-style-type: none"> Diz nome completo e género Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem 	<ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade e o género e naturalmente a morada Linguagem compreensível Apenas algumas substituições infantis 	<ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade, a morada e habitualmente a data do nascimento Vocabulário fluente e articulado geralmente correctamente Pode haver confusão nalguns sons

Apêndice V



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Ano Lectivo 2013/2014

3ºSemestre

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Promoção da Saúde da criança/do jovem e família de cultura cigana

Liliana Nunes, n.º 4866

Local de Estágio

EnfªOrientadora

Hospital Fernando da Fonseca – Serviço de Urgência

Eliaana Rocha

Pediátrica

Lisboa

Dezembro de 2013

0- INTRODUÇÃO

O presente trabalho escrito surge como complemento informativo sobre a cultura cigana como modo integrador de conhecimentos relevantes para uma prestação de cuidados culturalmente competente, no contacto com a mesma.

A fundamentação da prática de cuidados num modelo teórico de Enfermagem é essencial na melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem prestados. Assim, de acordo com o modelo de Purnell de Competência Cultural, os enfermeiros serão classificados em quatro possíveis níveis, que são: inconscientemente incompetente, quando não existe consciência da falta de conhecimento sobre outra cultura; conscientemente incompetente, quando se tem consciência da falta de conhecimento sobre outra cultura; conscientemente competente, no caso de aprender sobre a cultura do cliente, verificando as generalizações sobre a cultura do cliente, e oferecer intervenções culturalmente específicas; e inconscientemente competente, quando o profissional de saúde oferece automaticamente cuidados culturalmente congruentes a clientes de diversas culturas.

Reconhecer da importância da abordagem efectiva da multiculturalidade tende a ser uma premissa de Enfermagem, pretendendo-se dar respostas adequadas ao projecto de saúde individual de cada criança/jovem e família, no sentido da promoção da saúde da mesma, como forma de cuidado culturalmente competente.

A troca inter-relacional presente na relação terapêutica pressupõe o conhecimento do outro e dos seus valores culturais, sendo determinante para entender a multiculturalidade, primeiramente, a compreensão dos próprios valores culturais e, de seguida, os valores culturais daqueles a quem temos de assistir.

Tal como Purnell afirma “Pessoal e organizações culturalmente competentes são ingredientes essenciais para aumentar a satisfação dos utentes, face aos cuidados de saúde, e na redução de razões multi-factoriais causadoras de desigualdades e complicações baseadas no género, na raça e na etnia que interferem na prestação de cuidados de saúde” corroborando também da ideia de que “haverá melhores oportunidades de promoção de saúde e bem-estar; prevenção da doença e dano; manutenção da saúde e sua recuperação”. (Purnell, 2010, p.1-2)

A cultura cigana é uma realidade dinâmica que resulta de “uma tradição de mudança, uma prática secular de inovação” (Liégeois, 2001), não sendo “homogénea, definitiva e estanque

no seu agir temporal e espacial: ela transforma-se ou altera-se, em função de inúmeras circunstâncias, endógenas umas, exógenas outras. Combinando a tradição com a inovação, a identidade cigana transmuta-se num processo de destradicionalização”. (Sousa, 2001)

Assim, não pouco frequente será que em cada grupo de ciganos se possam encontrar identidades diversificadas com práticas culturais divergentes.

Apesar de se considerar que existe uma diversidade de aspectos culturais que se interpõem na cultura cigana e que diferem de grupo para grupo, é possível identificar alguns costumes/elementos culturais comuns aos diferentes grupos étnicos, que reforçam a unidade do grupo étnico.

O “quadro de valores simbólicos e morais comuns” em que a cultura cigana se afirma “são estruturadores das suas vivências” e estão na origem da cultura cigana: a língua romani/caló; os tios; a família extensa; o matrimónio étnico; a virgindade da mulher; as leis ciganas; o luto; o respeito pelos mortos; a música; e o respeito pelos territórios locais e translocais de grupos familiares. (Sousa, 2001).

A discriminação positiva dos ciganos nos impostos, habitação, saúde, educação e outros bens sociais tem sido objecto de inúmeras críticas, na medida em que é vista como socialmente injusta face aos restantes cidadãos.

CULTURA CIGANA

A cultura constitui a hereditariedade social do ser humano, sendo que as culturas enriquecem as identidades individuais e sociais no que elas têm de específico e é, por isso, que as culturas podem mostrar-se incompreensíveis aos olhos de outras culturas, e incompreensíveis de umas para outras. (Morin, 2001, p.57-58)

Na Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural citada por Marques (2003), cultura entende-se como “*o conjunto de traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afectivos que caracterizam uma sociedade ou um grupo social e que abrange, além das artes e letras, os modos de vida, as maneiras de viver juntos, os sistemas de valores, as tradições e as crenças*”.

Ramos (2006) defende que cultura é “*tudo o que se aprende de forma consciente ou inconsciente e que se pode transmitir e comunicar*”.

Para Bruner citado por Ramos (2006) *“a cultura é um conjunto de sistemas simbólicos, elaborados colectivamente e transmitidos de geração em geração, ela caracteriza-se igualmente como um conjunto de recursos interpretativos”*.

A cultura acompanha-nos permanentemente, determinando a nossa forma de ver o mundo. Esta é moldada continuamente pelo percurso de cada um, sendo também fruto da influência da comunidade (Fernandes, 2000)

Purnell (2010) aborda o conceito de cultura *“como sendo a totalidade de padrões comportamentais socialmente transmitidos, as artes, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida, e todos os outros produtos de trabalho humano e características de pensamento de uma população que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão. A saúde, as crenças e valores relativamente aos cuidados de saúde estão incluídos nesta definição”*. (p.6)

Entende-se por multiculturalidade a diferença visível entre pessoas de diferentes grupos populacionais relativamente aos seus valores, crenças, linguagem, características físicas e padrões gerais de comportamento (Black citado por Contente et al., 2001).

Na diversidade cultural subentende-se a existência de grupos étnicos, sendo etnia/etnicidade/grupo étnico entendido como *“ (...) um grupo de pessoas que dentro de uma sociedade alargada, partilham heranças culturais que foram transmitidas de geração em geração”* (Bolander, 1998). Giddens (2004) afirma que a etnicidade constitui todo um conjunto de práticas culturais e formas de entender o mundo que distinguem uma dada comunidade das restantes e fazendo com que um determinado grupo étnico se veja como culturalmente distinto de outros.

Não sendo um processo estanque, e apesar de dar continuidade a costumes e tradições, mesmo as relacionadas com a saúde, a cultura é um processo dinâmico, que está em permanente mutação, não podendo ser compreendida e analisada fora dos contextos onde é produzida.

Relativamente ao povo cigano, pode ser dito que a não existência de um número exacto ou, no mínimo, aproximado da comunidade em Portugal é, também na opinião de Vasconcelos, *“uma das expressões mais claras e frias do relacionamento distante entre os ciganos e a sociedade em geral”* (1999, p.13). Assim o grande isolamento em que a comunidade cigana vive, confirma o desconhecimento mútuo, pois a comunidade geral ignora a cultura dos

ciganos que por seu lado também ignoram os direitos e os deveres que lhes assistem enquanto cidadãos (Vasconcelos, 1999, p.13).

Existe referência a que os Ciganos vivem em Portugal há mais de cinco séculos, sendo que habitam o território português desde os séculos XV-XVI e representam dezenas de milhar de pessoas distribuídas pelo país. Segundo Lopes da Costa, desde o início dos anos quinhentos que se encontram documentadas alusões à presença dos ciganos no espaço geográfico português.

Para esta autora, o povo cigano é, de uma maneira geral, “um povo bastante mal conhecido e são as imagens feitas e o preconceito”. (Lopes da Costa, 2001).

As estatísticas sobre eles são sempre incertas, quer seja porque não estão geograficamente concentrados, quer seja porque não facilitam a vida dos pesquisadores.

Liégeois, refere que em Portugal vivem entre 40 a 50 mil ciganos (2001, p.34), contudo, “Actualmente, segundo a Comissão Europeia Contra o Racismo e a Intolerância, estima-se que a totalidade das comunidades ciganas em Portugal seja constituída por cerca de 50 000 a 90 000 indivíduos”. (Lopes, J., Santos, M., Matos, M., Ribeiro, O., 2009)

Mais importante do que olhar a cultura cigana é compreendê-la, é entender que a única maneira de lidar com as diferenças étnicas é perceber as suas diferenças culturais.

A promoção da saúde é uma estratégia bem definida que, através de programas educacionais visa a “melhoria dos estilos de vida individuais, influenciando escolhas pessoais realizadas num contexto social” (Frank-Stromborg, M. et al, 1998).

Também considerada como “ uma intervenção conjunta e integrada sobre o indivíduo e o meio envolvente em que em nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e se relaciona” (Graça, 2000, p.77).

Na verdade, esta ideia sobre a promoção da saúde faz todo o sentido, pois está provado, que a melhoria do estado de saúde das populações começou um século antes da medicina ter meios eficazes de intervenção no combate às doenças, tornando-se uma evidência inquestionável que, para atingir o grau mais alto nível de saúde, têm que estar implicados, diversos sectores, além do sector da saúde.

Green (1991) afirma que “a promoção da saúde consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais e acções e condições de vida que conduzem à saúde e influenciam os factores determinantes desta” (Nunes, 1997).

Em suma, requerem-se estratégias para se alcançar o objectivo de permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os factores da sua própria saúde.

Um pouco de História

Os primeiros ciganos terão começado a entrar na Europa por volta do século XII. As primeiras notícias da sua presença em Portugal datam da segunda metade do século XV. Algumas dezenas de anos depois de se instalarem em Portugal, já os ciganos estavam identificados com a imagem negativa e que continuamente será evocada para os reprimir ou expulsar. A comunidade cigana resistiu a tudo e aqui permaneceu.

Gil Vicente, dedicou-lhes uma peça de teatro - Farsa de Ciganos - representada em Évora, em 1521 ou 1525. Nesta altura, os ciganos são já identificados como comunidade de gente nómada, a percorrer o país em bandos, e que se dedicam a roubar num sítio aquilo que vão vender no outro. Celebrizaram-se também por se dedicarem às práticas de feitiçaria, quiromância e cartomância.

Por tudo isto, D. João III, pelo Alvará de 13 de Março de 1526, proibiu-os de entrar em Portugal, ordenando a expulsão de todos os que aqui viviam. Ao longo dos séculos são inúmeras as leis promulgadas com idêntica finalidade, mais severas mas sempre inúteis, sendo a última a de D. João V, em 10 de Dezembro de 1718.

A partir do século XIX, o Estado deixou de colocar a questão da expulsão dos ciganos, passando a considerá-los cidadãos portugueses, embora soubesse que estes se auto-excluem de prestar qualquer serviço à comunidade, nem se manifestam dispostos a aceitarem as suas leis.

No reinado de D. Maria I chegou a ser recomendado que as crianças fossem retiradas aos pais, de forma a possibilitar a sua integração social. Uma medida que nunca foi aplicada. Os regulamentos policiais ao longo dos tempos continuam a recomendar uma vigilância mais atenta para os membros desta comunidade, um facto que evidencia a sua resistência a uma efectiva integração social.

E nos últimos tempos

Hoje enfrenta-se um novo e decisivo desafio: a integração imposta em nome do progresso e dos direitos humanos. O modo de vida dos ciganos pouco se alterou, enquanto Portugal permaneceu um país essencialmente rural. Os ciganos continuaram a ser nómadas, dedicando-se ao comércio ambulante.

O abandono dos campos e a concentração da população portuguesa nas cidades, acabou por forçar os ciganos a sedentarizarem-se, tendo-se fixado na sua maioria nas periferias das cidades, onde continuaram a dedicar-se à venda ambulante.

As tradicionais tendas foram substituídas por bairros de barracas. As carroças puxadas por mulas foram substituídas por carrinhas.

Apesar de tudo, os ciganos continuaram a resistir a todo e qualquer processo de integração. As crianças, sobretudo as raparigas, continuaram a não frequentarem as escolas, pois estas instituições são vistas como uma ameaça à própria sobrevivência das tradições e unidade da comunidade cigana.

Nos anos oitenta houve um crescente número de ciganos a envolver-se no comércio de droga, que acaba por reacender as manifestações racistas contra os ciganos.

Face ao eclodir de "milícias populares" para lincharem estas comunidades ciganas, em 1991, o governo português lança finalmente um vasto programa de apoio à sua integração social.

A discriminação positiva dos ciganos nos impostos, habitação, saúde, educação e outros bens sociais tem sido objecto de inúmeras críticas, na medida em que é vista como socialmente injusta face aos restantes cidadãos.

É fácil de concluir que os resultados dos diversos planos de integração social da comunidade cigana têm sido um fracasso, tardando a resposta adequada a este grave problema social.

Não estamos perante nenhum grupo estrangeiro ou apátrida, mas de um numeroso grupo de cidadãos portugueses. Desde 1820 que todos os ciganos gozam da cidadania portuguesa. Os seus traços raciais primitivos há muito tempo que deixaram de existir, devido a múltiplos cruzamentos com a população local.

O principal obstáculo para uma efectiva integração assenta numa persistente auto-exclusão destes cidadãos portugueses, alimentada por algumas ideias, tradições e modos de vida desfasados do tempo e das exigências cívicas do país.

Em 1971 no 1º. Congresso Mundial Cigano, em Londres, foi aprovado o Dia Internacional dos Ciganos, a 8 de Abril, um hino e bandeira.

Existem alguns livros sobre o povo cigano, sendo o mais completo e interessante o livro «O Povo Cigano», de Olímpio Nunes, que aborda a história do povo cigano, a cultura cigana e o povo cigano no século XX.

A obra «Etnografia Portuguesa», de António Augusto da Rocha Peixoto (1866-1909) contém um artigo sobre os ciganos em Portugal (págs. 44 a 50), assim como o volume IV da «Etnografia Portuguesa», de Dr. José Leite de Vasconcelos, editada pela Imprensa Nacional-Casa da Moeda, em 1980. Os artigos são a origem e presença em Portugal, a vida material e as práticas, a organização política e social e a vida psíquica.

1. Perspectiva das origens

A não existência de um número exacto ou, no mínimo, aproximado da comunidade cigana em Portugal é, na opinião de Vasconcelos, “uma das expressões mais claras e frias do relacionamento distante entre os ciganos e a sociedade em geral” (1999, p.13). Assim o grande isolamento em que a comunidade cigana vive, confirma o desconhecimento mútuo, pois a comunidade geral ignora a cultura dos ciganos que por seu lado também ignoram os direitos e os deveres que lhes assistem enquanto cidadãos (Vasconcelos, 1999, p.13).

Muitos mitos têm sido elaborados sobre a origem do povo cigano, presente em todas as nações do ocidente, sendo designados de maneiras diferentes, e comumente conhecidos como gitanos, ciganos, zíngaros e cujo nome verdadeiro é Rom (ou melhor, Rhom).

Presume-se que sejam de origem indo-européia, chegando à Europa proveniente de algum lugar da Índia, embora este facto não confirme a sua terra de origem, pois apenas se apoia num único elemento: o idioma romanês. Esta teoria não leva em conta outros fatores culturais, que evidenciam claramente que o povo rom não tem nada em comum com as gentes da Índia, excepto elementos linguísticos.

Existe referência a que os Ciganos além de originários da Índia, também vivem em Portugal há mais de cinco séculos, sendo que habitam o território português desde os séculos XV-XVI e representam dezenas de milhar de pessoas distribuídas pelo país em grupos de maior ou menor dimensão.

Segundo Lopes da Costa, desde o início dos anos Quinhentos que se encontram documentadas alusões à presença dos ciganos no espaço geográfico português.

Para esta autora, o povo cigano é, de uma maneira geral, “um povo bastante mal conhecido e são as imagens feitas e o preconceito”, acusando os ditos especialistas nesta cultura de orientarem as suas opiniões, no sentido de “forma(r)tar ciganos do que propriamente compreender a sua organização social, a sua cultura , as comunidades em que se organizam”. (Sousa, 2004, p.269).

Os ciganos estão espalhados pelo mundo formando um “mosaico de grupos diversificados” (Liégeois, 2001, p.51), sendo que representam a maior minoria étnica da Europa, com cerca de 11 milhões de indivíduos.

O seu número varia bastante conforme as fontes.

Existem em Portugal cerca de 30 a 50 mil ciganos. Num Inquérito feito em 2001, junto das Câmaras Municipais e de outras entidades pela SOS Racismo foi apenas apurado um total 21 831 indivíduos de etnia cigana. Segundo este estudo as comunidades ciganas estão sobretudo concentradas no litoral e nas zonas fronteiriças (Lisboa, distritos de Viana do Castelo, Castelo Branco, Coimbra e Évora).

As estatísticas sobre eles são sempre incertas, seja porque não estão geograficamente concentrados, seja porque não facilitam a vida dos pesquisadores.

Liégeois, refere que em Portugal vivem entre 40 a 50 mil ciganos (2001, p.34), contudo, “Actualmente, segundo a Comissão Europeia Contra o Racismo e a Intolerância, estima-se que a totalidade das comunidades ciganas em Portugal seja constituída por cerca de 50 000 a 90 000 indivíduos”. (Lopes, J., Santos, M., Matos, M., Ribeiro, O., 2009)

Países europeus com as maiores populações de origem cigana

(Existem cerca de 10 a 12 milhões de ciganos no continente Europeu, dados de 2004)

Roménia	entre 1,2 e 2,5 milhões
Bulgária	cerca de 750 mil
Espanha	entre 600 mil e 800 mil
Hungria	entre 600 mil e 800 mil
Sérvia-Montenegro	cerca de 450 mil
Eslováquia	entre 350 mil e 500 mil
Turquia	entre 300 mil e 500mil

França	cerca de 310 mil
Macedónia	cerca 240 mil
República Checa	entre 150 mil e 300 mil
Portugal	entre 30 mil e 50 mil

Fonte:Publico, 2/2/2004

Os ciganos vivem em comunidade, preferem os acampamentos aos apartamentos, em detrimento do isolamento sendo a solidariedade entre os seus elementos uma premissa.

A separação das crianças ciganas da família é vivida de forma violenta “tanto mais violenta quanto a criança é educada no receio face ao exterior e ao estranho” (Liégeois, 2001:69). Daí que a presença das crianças na escola implique para as famílias a partilha da custódia das crianças, o que, entre outras coisas, pode ser vivida pelos pais como perda, na medida em que, como refere Liégeois “a escola, que se propõe formar os seus filhos pode também deformá-los, ou seja, retirar-lhos e perdê-los do ponto de vista cultural” (2001, p.15). Assim, a educação é vista, *a priori*, como perturbadora pois desordena a educação interna, considerando-se a escola como forte elemento de socialização e, consequente, desvio das crianças dos costumes ciganos.

2. Comunicação

O idioma cigano é designado por Romanó ou Caló, sendo este último o mais falado em Portugal. Trata-se de uma língua ágrafa que é ensinada oralmente de geração em geração.

Os ciganos denominam-se a si mesmos como "rom", sendo que a palavra "rom" significa "homem" em idioma cigano e em idioma do egípcio antigo, daí que alguns autores considerem a origem cigana no Egipto.

Falar em Romanó ou Caló é uma estratégia utilizada para que os não-ciganos não entendam o discurso que têm entre os elementos da mesma cultura. A comunidade cigana em Portugal estabelece comunicação com os profissionais de saúde sem nenhum dialecto especial, sendo o tom de voz elevado, característica de para-linguagem desta cultura.

3. Papeis e Organização Familiar

Na vida do cigano, a família é o seu “porto seguro” à volta do qual tudo gravita. É na família que os elementos da comunidade encontram, em situações de adversidade, a solidariedade que necessitam, situação notória em casos de hospitalização.

É à volta da estrutura familiar que gira toda a organização social, económica e educacional do povo cigano (Liégeois, 2001).

Na opinião de Sousa, a identidade étnica dos ciganos tem dimensões familiares. Os ciganos “reconhecem-se entre si e na relação com os outros, dos quais se demarcam pelas diferenças” (Sousa, 2001, p.20-21). Esta proximidade à família deve-se na opinião da autora “à inexistência de oportunidades fora do seio da família, determinando, por isso, que se voltem para ela, que lhes garantirá sempre segurança e apoio” (2001, p.21). Se nos ciganos se manifestam comportamentos de orgulho igualmente se verificam situações de vergonha da sua condição, isto é, “negam a sua pertença a um grupo determinado para evitar uma imagem condenatória ou levam até às últimas consequências a defesa da honra de um qualquer membro da sua família” (Sousa, 2001, p.21).

Existe uma grande coesão familiar, sendo constituída por um núcleo abrangente que pode ou não abarcar pessoas com parentesco entre si. A família revela-se nas funções de autoridade, segurança e controle social.

Os ciganos relacionam-se com a sociedade dominante numa atitude de desconfiança, própria dos grupos em que a defesa da coesão do grupo e do seu fechamento às influências do exterior procura assegurar os costumes e tradições.

Para a comunidade cigana a figura do tio é fundamental. No dizer de Pinto, a figura do tio é a autoridade máxima pelas suas qualidades de “liderança, orientação e sabedoria, não só no que concerne a assuntos económicos como às relações externas e internas” (Pinto, 1995, p.46). Sabe falar e dirigir-se a uma assembleia e sempre disponível para mediar conflitos. Trata-se de um homem de certa idade, em geral progenitor de uma família numerosa, homem discreto e inteligente, com sorte nos negócios (Lopes da Costa, 2001).

A família, ou conjunto familiar, reúne vários casais com os respectivos filhos e diversas gerações.

No seio da comunidade cigana os homens, as mulheres e as crianças têm funções e tarefas diferenciadas.

Ao homem compete a autoridade no interior da família restrita e é ele que cuida dos negócios, tem o poder de decisão, está fora de casa com frequência, conversando com os amigos, para manter os laços sociais e em busca de negócios.

A mulher desempenha um papel de grande importância na família, apesar ocupar sempre uma posição de subalternidade (Pinto, 1995).

É a responsável pelo lar e pela educação dos filhos, resolve os assuntos da família junto dos organismos públicos e sociais, ajuda o marido nos negócios, sendo, normalmente, quem faz a venda dos produtos que comercializam nas feiras. Em situações extremas de prisão, perseguição ou doença do marido, substitui-o e fica a cargo dela o sustento da família. É também a mulher que mantém as tradições vivas (Lopes da Costa, 2001, p.13).

As crianças de etnia cigana cooperam desde cedo com os pais. As raparigas assumem responsabilidades familiares e domésticas. Trabalham com a mãe até à idade de se casarem e, na ausência da mãe, é ela que cuida dos irmãos mais pequenos e por vezes de primos, fazem os trabalhos domésticos e preparam as refeições. Os rapazes até aos 9/10 anos colaboram com as mães e depois iniciam-se nos negócios com os pais, sendo que a partir dos 6/7 anos têm grande autonomia e liberdade para percorrer a área geográfica envolvente durante grande parte do dia (Fernandes, 1999; Pinto, 1995). As responsabilidades familiares são assumidas muito cedo.

O realojamento destas comunidades em bairros construídos para o efeito, está longe de ter contribuído para a sua efectiva integração. Por todo o país, nomeadamente em Lisboa, os maioritariamente habitados por ciganos estão transformados em locais de grande violência, assistindo-se à rápida degradação dos imóveis e vandalização dos equipamentos colectivos dos bairros.

A maioria dos ciganos vive actualmente em bairros sociais, mas recusa-se a pagar as rendas (simbólicas), assim como a água, electricidade, etc.

O realojamento e os apoios financeiros permitiram que a partir da década de 90, muitas crianças ciganas passassem a frequentar as escolas, uma exigência para a atribuição do subsídio estatais às famílias.

A verdade, é que pouco depois também se constatou que os resultados da sua escolarização continuavam a ser muito modestos, dado a elevada taxa de abandono escolar logo após a atribuição do subsídio.

A taxa de analfabetismo nesta comunidade ronda os 80%.

No ano lectivo de 2003/2004 frequentavam o pré-escolar 1011 crianças ciganas, 7216 no 1ºciclo, e 5 estavam inscritos em cursos técnicos e 29 no ensino secundário. Apesar de todos os apoios estatais só se conhece o caso de uma única cigana licenciada.

4. Questões Laborais

Ao observar as práticas associadas às questões laborais da etnia cigana sabe-se que estas se encontram intimamente ligadas à venda de produtos nas feiras. São também conhecidas as práticas laborais, nomeadamente da mulher cigana, nas lides domésticas.

Em Portugal, o Programa Faina – Fundo de Apoio à Inserção em Novas Actividades e o Programa Inserção/Emprego são dois programas, com o objectivo de ajudar os beneficiários a criar os seus próprios empregos ou ajudar ao desenvolvimento de actividades com as organizações com acordos de integração nas áreas do emprego e da formação vocacional, sendo sugerido junto das famílias ciganas que deixem de vender nas ruas passando a fazer o negócio numa loja. De facto esta seria uma forma diferente de “fazer” o mesmo acto laboral, contudo a singularidade cultural cigana, de espírito livre e sem barreiras, apresenta oposição natural a esta questão.

A instituição, em 1996, do "rendimento mínimo garantido" (actual Rendimento Social de Inserção), foi uma das medidas governamentais de maior alcance para combater a pobreza, nomeadamente entre os ciganos. Em Agosto de 2008, mais de 35 mil ciganos recebiam este subsídio. Para além deste apoio prestado pelo Estado português, os ciganos recebem igualmente de outras instituições, como a Igreja Católica, inúmeros outros apoios, nomeadamente financeiros.

Estes subsídios não têm produzido qualquer mudança na pobreza declarada desta comunidade.

A maioria dos ciganos é feirante, percorrendo as feiras com as carrinhas. Uma pequena minoria continua a dedicar-se à produção de cestos e recolha de sucata (interior da região Norte e na Região Centro), assim como à venda e criação de cavalos (Norte e Alentejo).

A esmagadora maioria não paga impostos, não tem actividades declaradas, nem sequer possui carta de condução apesar de conduzirem carrinhas de mercadorias. Calcula-se que cerca de 4.200 ciganos continuem a ser nómadas, não tendo uma residência fixa em Portugal.

5. Ecologia Biocultural

Desde a chegada dos ciganos à Europa que existem notícias sobre a sua aparência física como tendo pele escura, cabelos pretos e longos, olhos pretos e grandes e nariz aquilina, contudo existem também alguns ciganos de cabelos e olhos claros.

De acordo com um estudo da Rede Europeia Anti-Pobreza, da União Europeia, a comunidade cigana portuguesa é a que tem mais doenças crónicas e aquela onde se começa a fumar e a beber álcool mais cedo. Também estes dados nos podem revelar sobre as condições e acesso à saúde da comunidade cigana no País, bem como a comparação feita com seis outros países, onde um cigano vive menos 20 anos que um cidadão europeu.

Segundo inquéritos realizados a 367 famílias ciganas do País, cerca de 25% dos ciganos portugueses sofrem de asma e bronquite, 15% de colesterol e 11% de tensão arterial alta, sendo estes dados mais preocupantes do que em países como Espanha, Grécia, Bulgária, Eslováquia, República Checa e Roménia.

Pode pensar-se que este facto se deve a que "Muitos ciganos em Portugal ainda vivem em acampamentos, em condições muito precárias, sem os cuidados de saúde elementares, o que agrava os problemas respiratórios". (Rede Europeia Anti-Pobreza, 2012)

Um cigano vive, em média, 60 anos, muito abaixo da esperança média de vida europeia, que se situa, actualmente, nos 78 anos. "É uma população muito jovem. Em Portugal, a esmagadora maioria, 60%, tem até 24 anos e apenas 14% têm mais de 45". (Rede Europeia Anti-Pobreza, 2012)

Estes dados podem estar directamente relacionados com os eventos de vida muito antecipados, pois os ciganos casam-se muito cedo e as mulheres têm filhos logo.

A tendência também é para fumar e beber álcool em excesso: 26,9% dizem ser fumadores habituais e 37% bebem diariamente. É em Portugal, aliás, que os ciganos mais cedo adquirem estes hábitos. Começam a fumar aos 13 anos e aos 14 já fumam. "Somos também o país onde de notam maiores diferenças nos hábitos de vida entre homens e mulheres. São muito poucas as que bebem e fumam", finaliza Sandra Araújo.

Outro dos problemas é o excesso de peso: 41,4% dos entrevistados têm peso a mais e 13,7% são mesmo obesos.

6. Comportamentos de Alto Risco

O nomadismo ou a mobilidade são um carácter fundamental da identidade romaní podendo ser este factor uma determinante para a não vigilância da saúde.

Para Reis não existem em Portugal ciganos itinerantes (Reis, 2001, p.150), opinião contrária tem Cortesão para quem a população cigana sedentarizada constitui actualmente a sua maioria admitindo contudo a existência de ciganos nómadas (Cortesão, 2005, p.18). Os modos de vida dos ciganos, segundo Lopes da Costa, podem revestir uma de três formas: o nomadismo, a semi-sedentarização e a sedentarização. Os nómadas, em geral sem domicílio certo, não possuem meios de subsistência regulares. Os semi-sedentarizados são todos quantos, em determinado período do ano se deslocam, designadamente, para realizar certas tarefas de carácter sazonal, casos de colheitas ou vindimas nas quais pode participar toda a família, ou de feiras de gado, determinadas festas, etc... Por sedentarizados entendem-se os que se encontram fixos em lugar certo, muitas vezes em resultado de uma imposição e não tanto por sua própria iniciativa. (Lopes da Costa, 2001, p.12-13).

A viagem faz parte da realidade cultural, social e económica do povo cigano. "O viajar é acima de tudo um estado de espírito", pois os ciganos transmitem um dos valores fundamentais da sua cultura, a liberdade.

A arte de viver Romani é, acima de tudo, uma arte de viver – uma forma de viver mais vivida do que pensada. Isto significa que vivem o quotidiano, em que todas as coisas são indissociáveis do seu conteúdo social, económico e cultural, representada na palavra, dança, música, relações sociais e comercialização.

Deste modo não são de estranhar entre os homens ciganos o consumo de tabaco e álcool. Viver na abundância é um bom modo de vida para os ciganos pelo que o consumo excessivo de calorias sem preocupação face a comportamentos alimentares ou de prática de actividade física saudáveis.

Na cultura cigana são frequentes as práticas de condução rodoviária não seguras sendo prática frequente a não utilização de cinto de segurança ou capacete, nem mesmo utilização de cadeiras-auto apropriadas para o transporte de crianças.

O conceito de saúde para os ciganos é a ausência de doença e a doença é considerada uma situação de “incapacidade” relacionada com a morte. Associado a este facto o recurso aos médicos em caso de extrema necessidade, para se ser tratado e com sentimento de urgência. Assim, o imediato e a necessidade de curar a doença com rapidez, estão associados com a forte relação que estas comunidades têm entre a doença e a morte.

Crêem que ter boa saúde é uma questão de “destino”, de “sorte” e não se previne. A responsabilidade pela saúde reside em tratar-se quando se adoece, não em ir aos médicos quando se está bem. Daí que não seja atribuída importância à prevenção da doença e promoção da saúde. (Lopes, J., Santos, M., Matos, M., Ribeiro, O., 2009)

Antes do casamento a palavra sexo é tabu e a mulher não sabe como prevenir-se nem onde recorrer, daí que a taxa de mulheres ciganas a recorrer ao médico ginecologista seja tão reduzido.

Um estudo revela que 23,2% das mulheres ciganas portuguesas nunca foi ao ginecologista e, das que foram, a maioria fê-lo apenas por estar grávida - por uma ou duas vezes, no máximo - ou na hora do parto.

Esta passagem pode ser feita também para as restantes consultas de rotina de qualquer especialidade, verificando-se que utilizam essencialmente as urgências dos hospitais, onde chegam só quando estão mesmo mal, procurando ter curtos períodos de hospitalização. Ao

nível dentário, cerca de 94% da população adulta inquirida neste estudo reconhece ter algum tipo de problema.

7. Nutrição

Para os ciganos comer bem é sinónimo de abundância. As crianças comem o que gostam.

Cometem erros alimentares pela falta de consciencialização de que a alimentação equilibrada promove um desenvolvimento saudável e tem efeitos positivos na saúde.

Nas festas ciganas é usual existirem mesas fartas de comida, bem como no aniversário de um defunto realizarem uma celebração com comida em expressão da paz que desejam para o familiar perdido.

8. Gravidez e práticas de nascimento

A entrada de uma rapariga na puberdade é sinónimo de preservação da virgindade e, consequente, afastamento precoce da escola. Este controle social é o garante da normalidade e da coesão da cultura, revestindo-se de grande importância e baseia-se num conjunto de regras e proibições ligadas à limpeza e à noção de pureza.

A preservação da virgindade da mulher é fundamental e pode ser motivo para anulação do casamento se verificarem que a noiva não é virgem.

O nascimento do primeiro filho do casal dá-lhe o reconhecimento como novo núcleo familiar, sendo a criança bem acolhida e a sua educação considerada uma responsabilidade colectiva e assegurada por todos. (Lopes da Costa, 2001, p.12)

Fernandes faz referência aos seguintes aspectos educativos: a total aceitação do nascimento da criança, alvo do afecto de todos os membros da comunidade; a existência de grande união entre os membros da família, sendo exemplo o acompanhamento de um cigano internado, ou entrado num hospital; a grande união entre irmãos, a conservação da virgindade, na rapariga

até ao casamento; a desconfiança perante aqueles que não sejam da sua própria família e à relutância em se separar dos filhos (Fernandes, 1999).

Práticas restritivas e mitos relacionadas com o pós-parto em que a mulher no puerpério é considerada impura e, por isso, não deve ser considerada para manipular alimentos. Nalgumas comunidades ciganas o recém-nascido só pode ser visto, primeiramente no seio familiar mais estreito e só, numa fase mais tardia, pela restante família e amigos, devido à crença de que pode estar sujeito a mau-olhado.

É frequente a presença da sogra nos cuidados ao recém-nascido, visto que a parturiente habita no pós-casamento com a família do marido.

9. Rituais de Morte

Os indivíduos ciganos encaram a morte como uma decisão divina e, por isso, a eutanásia não é aceite.

No que se refere à morte e aos ritos a ela conexos, o luto pelo desaparecimento de um companheiro dura em geral muito tempo.

Entre os ritos fúnebres praticados pelos *roma* está a *pomána*, banquete fúnebre no qual se celebra o aniversário da morte de uma pessoa, sendo a abundância de alimento e bebidas expressão na prática do desejo de paz e felicidade para o defunto.

10. Espiritualidade

A espiritualidade é uma componente relacionada com a vida, é uma experiência humana vital partilhada por todos os seres humanos, que ajuda a alcançar o equilíbrio entre mente, corpo e espírito. A espiritualidade significa a capacidade de pensar, sentir e agir com base na crença de que existe algo maior que os aspetos materiais. Assim é considerada uma postura de vida, que não implica envolvimento em rituais.

Os Roma não têm uma religião própria, um deus próprio, sacerdotes ou cultos originais. O mundo do sobrenatural é constituído pela presença de uma força benéfica, *Del* ou *Devél*, e de

uma força maléfica, *Beng*, que são opostas. Assim, a religião para os ciganos representa a vida. Acreditam num Deus único, bom e poderoso, sendo que acreditam que protege e liberta de todos os males.

As diferentes comunidades ciganas parecem ter-se aculturado às confissões vigentes nos países que os hospedaram. O povo cigano é crente numa entidade divina, abraçando a religião dominante na região ou país onde estão a viver, assim se explica que sejam ortodoxos, muçulmanos, católicos, etc.

A partir dos anos 50, com a Missão Evangélica Cigana, em França, ocorre a mudança pela difusão do movimento pentecostal, que por vezes, pelas suas imposições, acabam por induzir os *roma* a uma recusa de suas peculiaridades culturais.

A Igreja predominante entre os ciganos religiosos em Portugal é a Igreja Evangélica Filadélfia Cigana. Estima-se que existam alguns milhares de ciganos portugueses católicos.

Têm no hábito do culto da igreja Evangélica um elemento importante na expressão da sua religiosidade. “Crêem na cura pela fé e que a igreja trata as patologias para as quais a medicina não tem eficácia”. (Lopes, J., Santos, M., Matos, M., Ribeiro, O., 2009, p.187)

11. Práticas de Cuidados de Saúde

Fazendo parte de um todo diversificado com normas e valores próprios, os ciganos formam um conjunto cujas partes se estruturam e se organizam pela interligação que estabelecem entre si e em que cada elemento do conjunto possui características próprias (...). (Liégeois, 2001).

A vida do cigano gira em torno da família a qual se constitui numa cadeia de membros solidários perante estranhos. Lopes da Costa (2001,p.11-12) refere que “A ideia de abandonar crianças órfãs ou os mais velhos não existe, digamos que é quase impensável podendo falar-se não em oposição mas, em completa solidariedade entre geração. A mesma afirmação é válida para os doentes que jamais são abandonados e, mesmo quando hospitalizados, há sempre familiares e amigos por perto.”

De acordo com Fernandes, as questões relacionadas com a higiene do corpo, dos alimentos, do vestuário e da habitação são, para alguns grupos de ciganos, vivida de maneira diferente, porque são estabelecidas prioridades para a distribuição de água, quando não há água canalizada e a água existente é pouca. Assim, a água será utilizada primeiro para a alimentação e aspectos de higiene a ela ligados e só depois para outros fins (Fernandes, 1999). Esta falta de condições condiciona e contraria a vontade dos indivíduos e determinam um estilo de interacção entre os indivíduos desta cultura e restante sociedade, incluindo os profissionais de saúde.

12. Prestadores de Cuidados de Saúde

Em Portugal, alguns hospitais, tal como o Hospital de Dona Estefânia em Lisboa, existem mediadores sócio-culturais. Com os mediadores pretende-se aumentar a confiança e melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes ciganos.

Como forma de facilitar a inclusão social de comunidades marginalizadas e a melhoria do seu acesso aos cuidados de saúde, as acções de formação de consciencialização cultural ou de anti-discriminação para os profissionais da saúde, são excelentes oportunidades. No Hospital de Santa Maria têm-se levado a cabo, em cooperação com o Alto Comissariado para a Imigração e as Minorias Étnicas (ACIME), seminários de formação em cultura cigana.

De ter em conta também a abordagem proactiva na saúde, isto é, implementação de programas de saúde junto das comunidades. Casos de sucesso incluíram aqueles onde os centros de saúde locais enviaram profissionais médicos para as comunidades para administrar programas de vacinação ao domicílio, de forma a aumentar a taxa de crianças e adultos vacinadas nestas comunidades. Em Loures, os programas de vacinação dentro da comunidade foram desenvolvidos exclusivamente para as comunidades locais de ciganos. Neste programa, o centro de saúde local enviou equipas de profissionais médicos para junto das comunidades ciganas para administrar vacinação às crianças daquela comunidade. Em Lisboa, o centro de saúde do Lumiar, em complemento das visitas regulares à comunidade para a vacinação das crianças ciganas, também envia uma enfermeira à sede de uma organização local da sociedade civil que trabalha com ciganos onde as vacinações são levadas a cabo. Esta abordagem,

através da qual uma profissional de saúde vai a uma organização representativa local, facilitou claramente a aproximação a famílias ciganas na zona.

Os programas de intervenção junto da comunidade cigana mostram ter benefícios por várias razões. Primeiramente porque permitem a aproximação das famílias ciganas, e outras socialmente excluídas, aos centros de saúde locais, e consequentemente, as famílias ciganas começaram a usar os serviços de saúde locais com mais facilidade e mais regularmente.

CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho foi uma mais valia na medida em que, contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, através do aprofundar de conhecimentos na área da prestação de cuidados Culturalmente Competentes.

Reconhecer a importância do conhecimento do cliente traz em grande escala uma visão integradora de alguns momentos da prática de cuidados.

Os nossos comportamentos são geralmente respostas reflexas ao meio ambiente. O processo de treino profissional passa pela tomada de consciência desses reflexos, fazendo subir as respostas a níveis superiores para as adequar às circunstâncias, através de processos de escolha conscientes, sendo também tanto mais importante o conhecimento da cultura dos clientes a quem prestamos cuidados, de modo a satisfazer as necessidades do mesmo.

A acção combinada entre proximidade e distância é definida como ética profissional. Ética no “palco” profissional do cuidar é significado de facilitar o mais possível a proximidade, no sentido de servir as necessidades do cliente. Os pré-requisitos para que tal aconteça são o compromisso e um investimento na relação com o cliente.

Desta forma, conclui-se que o presente trabalho pretende ser facilitador e integrador de conhecimentos sobre a cultura cigana, adaptando os conhecimentos teóricos no sentido de aperfeiçoar competências indispensáveis para uma prática adequada e eficaz, que se impõem à Profissão de Enfermagem, e dando sentido científico e autónomo às acções do “*Ser Enfermeiro*”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES-PINTO, C. (1995): Sociologia da Escola, Lisboa: MacGraw-Hill.

CARDOSO, C. et al., (2001): Que Sorte, Ciganos na Nossa Escola! Colecção Educação Intercultural, 1, Lisboa: Secretariado Coordenador dos Programas de Educação Multicultural, Ministério da Educação.

CARDOSO, Carlos (1998): “Gestão Intercultural do Currículo”, Colecção Educação Intercultural, 1, Lisboa: Secretariado Coordenador dos Programas de Educação Multicultural, Ministério da Educação.

CORTESÃO, Luiza et al., (1995): O Povo Cigano: Cidadãos na Sombra. Porto, Edições Afrontamento.

FERNANDES, Teresa (1999): “Alguns Valores Educativos numa Comunidade Cigana”, in MONTENEGRO, M. (org), (1999): Ciganos e Educação, Setúbal, Instituto das Comunidades Educativas, 5.

LIÉGEOIS, Jean-Pierre, (2001): Minoria e escolarização: o rumo cigano. Colecção Interface, Centre de recherches tsiganes. Lisboa: Secretariado.

LOPES da COSTA, Elisa. (2001): “O Povo Cigano – memória histórica, Ministério da Educação. Nossa Escola! Colecção Interface, Centre de recherches tsiganes. Lisboa: presente e futuro”, in CARDOSO, C. et al., (2001): Que Sorte, Ciganos na Secretariado Entreculturas, Ministério da Educação

LOPES, J., SANTOS, M., MATOS, M., RIBEIRO, O. (2009): Multiculturalidade, Perspectivas da Enfermagem- contributos para melhor cuidar. Loures. Lusociência.

PURNELL, Larry D. & PAULANKA, Betty J. (2010): Cuidados de Saúde Transculturais- Uma abordagem culturalmente competente, 3ª edição, Loures, Lusodidacta

SOUSA, C. J. dos S. (2001): “Um Olhar (de um Cigano) Cúmplice” in SOUSA, C. J. dos S. (2004a): António Maia – Percursos de uma História de Vida, Porto, Universidade Aberta.

Rede Europeia Anti-Pobreza acedido <http://www.eapn.pt/documentos.php?ID=7> em 07.07.2013

Artigo sobre comunidade cigana em Portugal acedido http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1397484&page=-1 em 04.07.2013

Religião e comunidade Cigana acedido a 04.07.2013 em:

http://www.portal.ecclesia.pt/onpc/index.php?option=com_content&view=article&id=1010&Itemid=18

e em:

http://www.portal.ecclesia.pt/onpc/index.php?option=com_content&view=article&id=1010&Itemid=18#sthash.eeZCCIr8.dpuf

<http://lusotopia.no.sapo.pt/indexPTCiganos.html>

Apêndice VI



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Ano Lectivo 2013/2014

3ºSemestre

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Liliana Amador Nunes n.º 4866

Lisboa, Fevereiro de 2014

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Promoção da Saúde da criança/do jovem e família de cultura cigana

PLANO DE SESSÃO

***Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a criança/
o jovem e família de cultura Cigana***

Liliana Amador Nunes n.º 4866

Trabalho realizado em estágio na Pediatria 6 sob orientação de:

Enfª-Orientadora Maria Eduarda Gonçalves (Enfª Especialista em SIP)

Docente Orientadora Maria Manuela Soveral

PLANO DE SESSÃO

Tema: *Intervenção dos profissionais de saúde perante a criança/ o jovem e família de cultura cigana*

População-Alvo: Equipas multidisciplinares dos Serviços do Departamento de Pediatria do HSM

Justificação do tema:

O papel do Enf^o Especialista é desenvolvido no sentido de prestar cuidados de saúde especializados, servindo como modelo no papel da prática clínica, um pesquisador para validar as observações e as intervenções de enfermagem, um agente de mudança dentro do sistema de cuidados de saúde e um consultor/professor para a equipa multidisciplinar para atender ao melhor interesse da criança e família.

Reconhecer da importância da abordagem efectiva da multiculturalidade tende a ser uma premissa de Enfermagem, pretendendo-se dar respostas adequadas ao projecto de saúde individual de cada criança/jovem e família, no sentido da promoção da saúde da mesma, como forma de cuidado culturalmente competente.

A troca inter-relacional presente na relação terapêutica pressupõe o conhecimento do outro e dos seus valores culturais, sendo determinante para entender a multiculturalidade, primeiramente, a compreensão dos seus próprios valores culturais e, de seguida, os valores culturais daqueles a quem temos de assistir.

Purnell afirma que “Pessoal e organizações culturalmente competentes são ingredientes essenciais para aumentar a satisfação dos utentes, face aos cuidados de saúde, e na redução de razões multi-factoriais causadoras de desigualdades e complicações baseadas no género, na raça e na etnia que interferem na prestação de cuidados de saúde” corroborando também da ideia de que “haverá melhores oportunidades de promoção de saúde e bem-estar; prevenção da doença e dano; manutenção da saúde e sua recuperação”. (Purnell, 2010, p.1-2)

A cultura cigana é uma realidade dinâmica que resulta de “uma tradição de mudança, uma prática secular de inovação” (Liégeois, 2001), “ela transforma-se ou altera-se, em função de inúmeras circunstâncias, endógenas umas, exógenas outras. Combinando a tradição com a inovação, a identidade cigana transmuta-se num processo de destradicionalização”. (Sousa, 2001)

Apesar de se considerar que existe uma diversidade de aspectos culturais que se interpõem na cultura cigana e que diferem de grupo para grupo, é possível identificar alguns costumes/elementos culturais comuns aos diferentes grupos étnicos, que reforçam a unidade do grupo étnico e são tanto mais determinantes para os comportamentos e práticas de saúde/doença, e, conseqüentemente, nas práticas de cuidados dos profissionais de saúde.

Prefectora: Enf^a Liliana Nunes, estudante do 4º Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Local: Sala Polivalente do Departamento de Pediatria (Piso 6)

Data: 11 de Fevereiro de 2014

Hora: 14h

Duração: 60 minutos (contemplando 10 minutos de discussão/dúvidas)

Objectivos Gerais:

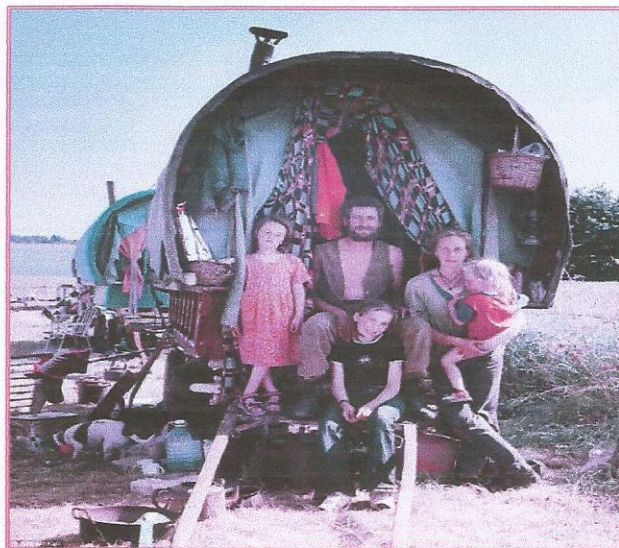
- Sensibilizar os vários profissionais de saúde através de um conjunto de conhecimentos sobre a cultura cigana, que orientem a intervenção na sua prática profissional.

Objectivos Específicos:

- Apresentar um conjunto de elementos e recursos que contribuem para a eliminação de preconceitos étnicos perante a cultura cigana que influenciem negativamente a intervenção;
- Transmitir conhecimentos sobre a história, dados demográficos, comportamentos, costumes, crenças e valores da cultura cigana;
- Especificar conceitos de saúde/doença para a cultura cigana;
- Explicar modos de actuação perante a cultura cigana durante os cuidados de saúde;
- Apresentar algumas orientações práticas a ser implementadas nos serviços.

Etapas	Objectivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo	Formador
<u>INTRODUÇÃO</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar a formadora ✓ Apresentar o tema da sessão ✓ Apresentar os objectivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da formadora - Apresentação do tema da sessão - Apresentação dos objectivos 	Método expositivo	Computador com apresentação em PowerPoint	5min	Liliana Nunes
<u>DESENVOLVIMENTO</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar um conjunto de elementos e recursos que contribuem para a eliminação de preconceitos étnicos perante a cultura cigana que influenciem negativamente a intervenção; ✓ Transmitir conhecimentos sobre a história, dados demográficos, comportamentos, costumes, crenças e valores da cultura cigana; ✓ Especificar conceitos de saúde/doença 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Etnocentrismo - dificuldades no cuidado culturalmente competente <input type="checkbox"/> Contextualização histórica e demográfica da etnia cigana <input type="checkbox"/> Contextualização Sócio-cultural: comportamentos, costumes, crenças e valores; 	Método expositivo	Computador com apresentação em PowerPoint	35min	Liliana Nunes

	para a cultura cigana; ✓ Explicar modos de actuação perante a cultura cigana durante os cuidados de saúde; ✓ Apresentar algumas orientações práticas a ser implementadas nos serviços.	<input type="checkbox"/> Conceito de Saúde e de Doença <input type="checkbox"/> Melhoria da intervenção perante a cultura cigana				
<u>CONCLUSÃO</u>	✓ Proceder à síntese dos conteúdos apresentados	- Abordar os principais conteúdos da sessão - Esclarecimento de dúvidas/ troca de experiências	Método Expositivo/ Participativo	Computador com apresentação em PowerPoint	5min + 10min	Liliana Nunes
<u>AVALIAÇÃO</u>	✓ Avaliar a sessão de formação	- Aplicação de questionário anónimo e autopreenchido	Questionário	Questionário em papel	5min	



Enfª Especialista Orientadora – Mª Eduarda
Gonçalves

Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a criança/o jovem e família de cultura Cigana



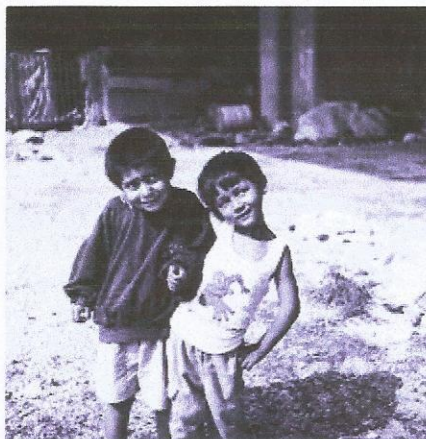
“Pessoal e organizações culturalmente competentes são ingredientes essenciais para aumentar a satisfação dos utentes, face aos cuidados de saúde, e na redução de razões multi-factoriais causadoras de desigualdades e complicações baseadas no género, na raça e na etnia que interferem na prestação de cuidados de saúde”

e “haverá melhores oportunidades de promoção de saúde e bem-estar; prevenção da doença e dano; manutenção da saúde e sua recuperação”

Purnell, 2010, p.1-2

Sessão de formação
*Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a criança/o
jovem e família de cultura Cigana*

OBJECTIVOS



Sessão de formação
*Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a criança/o jovem e
família de cultura Cigana*

Objectivo Geral

Sensibilizar os vários profissionais de saúde através de um conjunto de conhecimentos sobre a cultura cigana, que orientem a intervenção na sua prática profissional.

Objectivos Específicos

- Apresentar um conjunto de elementos e recursos que contribuem para a eliminação de preconceitos étnicos perante a cultura cigana que influenciem negativamente a intervenção;
- Transmitir conhecimentos sobre a história, dados demográficos, comportamentos, costumes, crenças e valores da cultura cigana;
- Especificar conceitos de saúde/doença para a cultura cigana;
- Explicar modos de actuação perante a cultura cigana durante os cuidados de saúde;
- Apresentar algumas propostas de orientações visando a

Conteúdos

- ☐ Etnocentrismo - dificuldades no cuidado culturalmente competente
- ☐ Contextualização histórica e demográfica da etnia cigana
- ☐ Contextualização sócio-cultural: comportamentos, costumes, crenças e valores;
- ☐ Conceito de Saúde e de Doença
- ☐ Melhoria da intervenção perante a cultura cigana

□ ETNOCENTRISMO

Dificuldades no cuidado culturalmente
competente

ETNOCENTRISMO

dificuldades no cuidado culturalmente competente

CULTURA

os costumes, as leis,
as concepções do
mundo e tudo aquilo
que permite a vida em
sociedade, é algo que
se aprende,
compreendendo,
igualmente, as
representações do
corpo, da saúde e da
doença

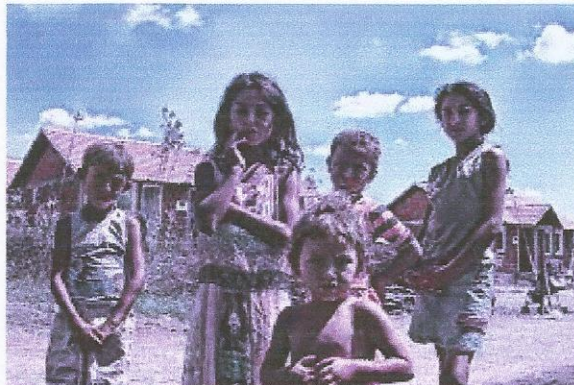
Hockenberry, 2006

ETNOCENTRISMO

Atitude emocional em
que um grupo étnico
acredita ser superior a
outros, considerando
os seus valores,
crenças e percepções
bem como a sua forma
de viver e se
comportar como sendo
a correcta

Estereótipo
e
preconceito

□ CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E DEMOGRÁFICA DA ETNIA CIGANA



História

- Os primeiros ciganos terão começado a entrar na Europa por volta do século XII.
- A sua presença em Portugal data da segunda metade do século XV.
- Pouco depois já os ciganos eram identificados com a imagem negativa, sendo feitas várias tentativas para os reprimir ou expulsar.
- Gil Vicente, dedicou-lhes uma peça de teatro - Farsa de Ciganos - representada em Évora, em 1521 ou 1525, onde são identificados como comunidade de gente nómada, a percorrer o país em bandos, e que se dedicam a roubar num sítio aquilo que vão vender no outro.
- Celebrizam-se também por se dedicarem às práticas de feitiçaria, quiromância e cartomância.
- D. João III, pelo Alvará de 13 de Março de 1526, proibiu-os de entrar em Portugal, ordenando a expulsão de todos os que aqui viviam sendo a última lei promulgada com idêntica finalidade, a de D. João V, em 10 de Dezembro de 1718.
- A partir do século XIX, o Estado passa a considerá-los cidadãos portugueses

Dados demográficos

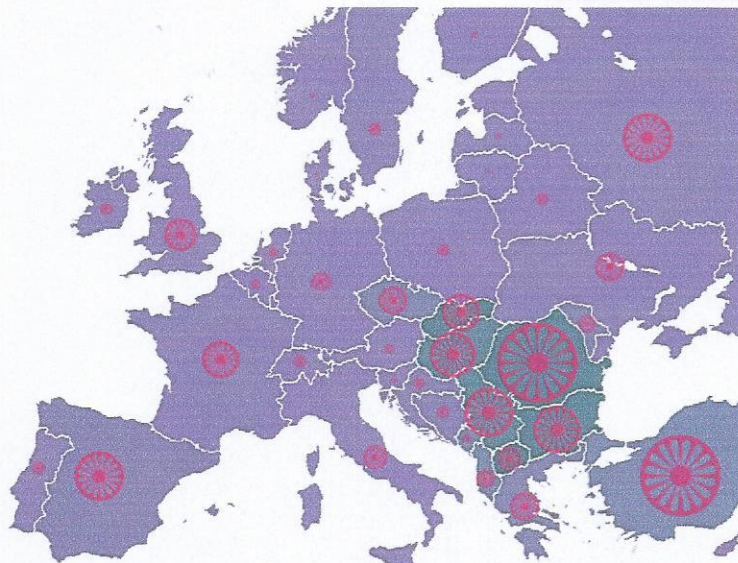
- inexistência de dados e indicadores
- dados quantitativos de difícil obtenção
- não existem estudos extensivos sobre o recenseamento dos portugueses pertencentes à comunidade cigana
- a Constituição Portuguesa não permite qualquer tipo de recenseamento ou registo que especifique a etnia, a raça ou a cor
- não se sabe o número exacto de ciganos que existe no nosso país, estima-se que oscilam entre os 30 e 90 mil ciganos

Roménia	entre 1,2 e 2,5 milhões
Bulgária	cerca de 750 mil
Espanha	entre 600 mil e 800 mil
Hungria	entre 600 mil e 800 mil
Sérvia-Montenegro	cerca de 450 mil
Eslováquia	entre 350 mil e 500 mil
Turquia	entre 300 mil e 500mil
França	cerca de 310 mil
Macedónia	cerca 240 mil
República Checa	entre 150 mil e 300 mil

Portugal	entre 30 mil e 50 mil
-----------------	------------------------------

Sessão de formação

*Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a criança/o jovem e
família de cultura Cigana*

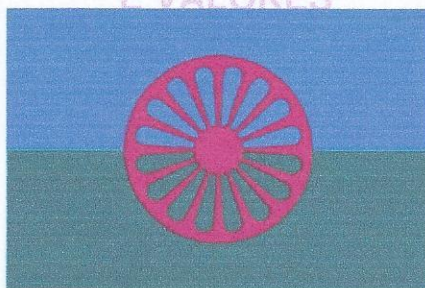


http://en.wikipedia.org/wiki/Romani_diaspora

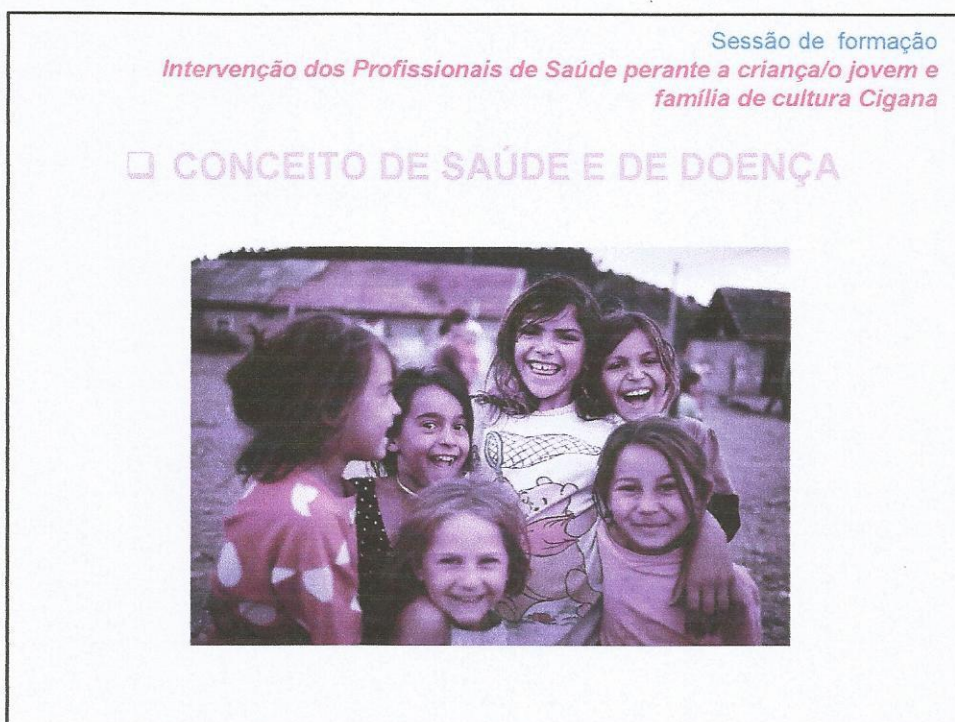
Sessão de formação

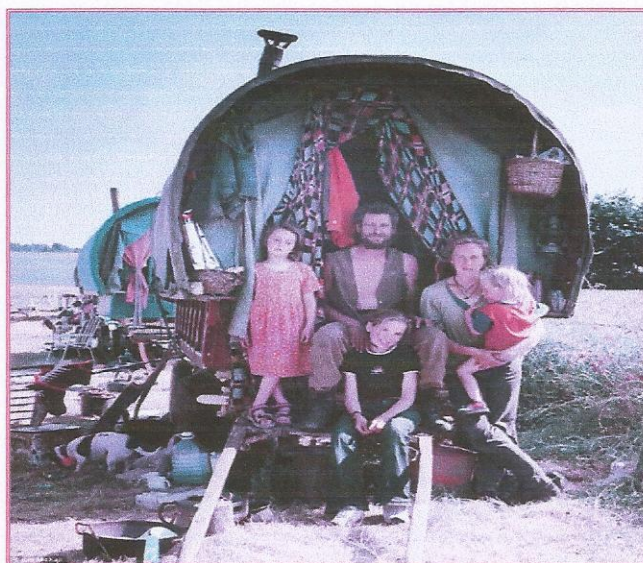
*Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a criança/o jovem e
família de cultura Cigana*

☐ CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-CULTURAL:
COMPORTAMENTOS, COSTUMES, CRENÇAS
E VALORES



<http://www.eurominority.eu>





Obrigada pela atenção dispensada

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

Ano lectivo 2013/2014 - 3º Semestre Unidade Curricular Estágio com Relatório

Questionário de Avaliação referente à Sessão de Formação:

“ A Intervenção dos Profissionais de Saúde perante a criança/ o jovem e família de cultura cigana ”

Por favor avalie cada parâmetro numa escala de 0 a 5, colocando (X) na respectiva quadrícula, tendo em conta que o 0 corresponde à pontuação mais baixa e o 5 à pontuação mais elevada.

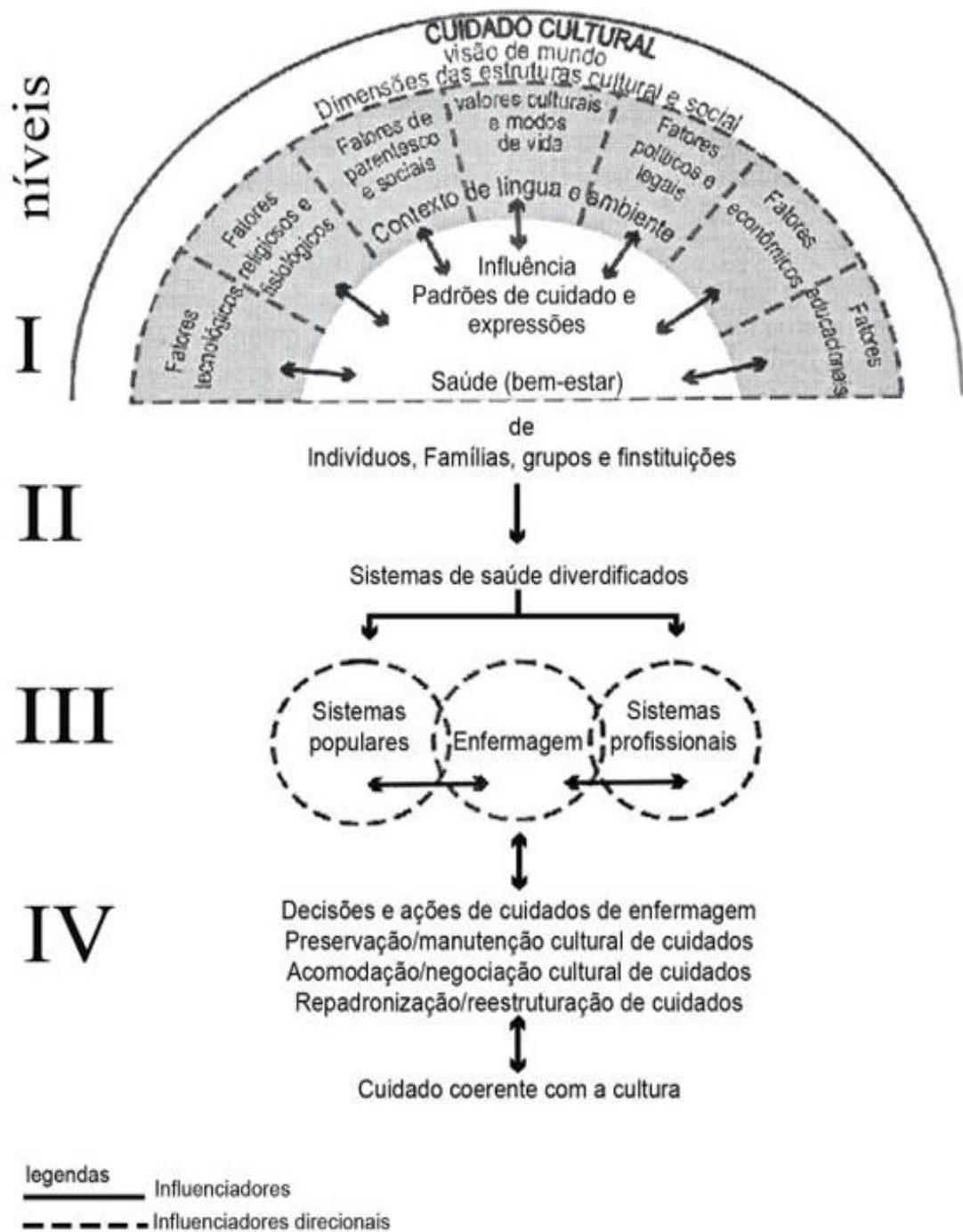
		0	1	2	3	4	5
Ambiente	Ambiente adequado						
	Luminosidade						
	Acústica						
	Temperatura						
Pertinência	Interesse das temáticas abordadas						
Conteúdo da sessão	Apresentação do tema						
	Exposição estruturada						
	Clareza e definição dos objectivos						
	Articulação de conhecimentos teóricos e práticos						
	Metodologia adequada						
	Uso de linguagem adequada						
	Organização do conteúdo informativo						
	Capacidade de expressão dos diferentes elementos						
	Compreensão e segurança/ domínio do conteúdo						
	Qualidade e actualização da informação						
	Clareza do texto						
	Gestão do tempo						
	Qualidade da argumentação						

Aspectos positivos: _____

Aspectos negativos: _____

ANEXOS

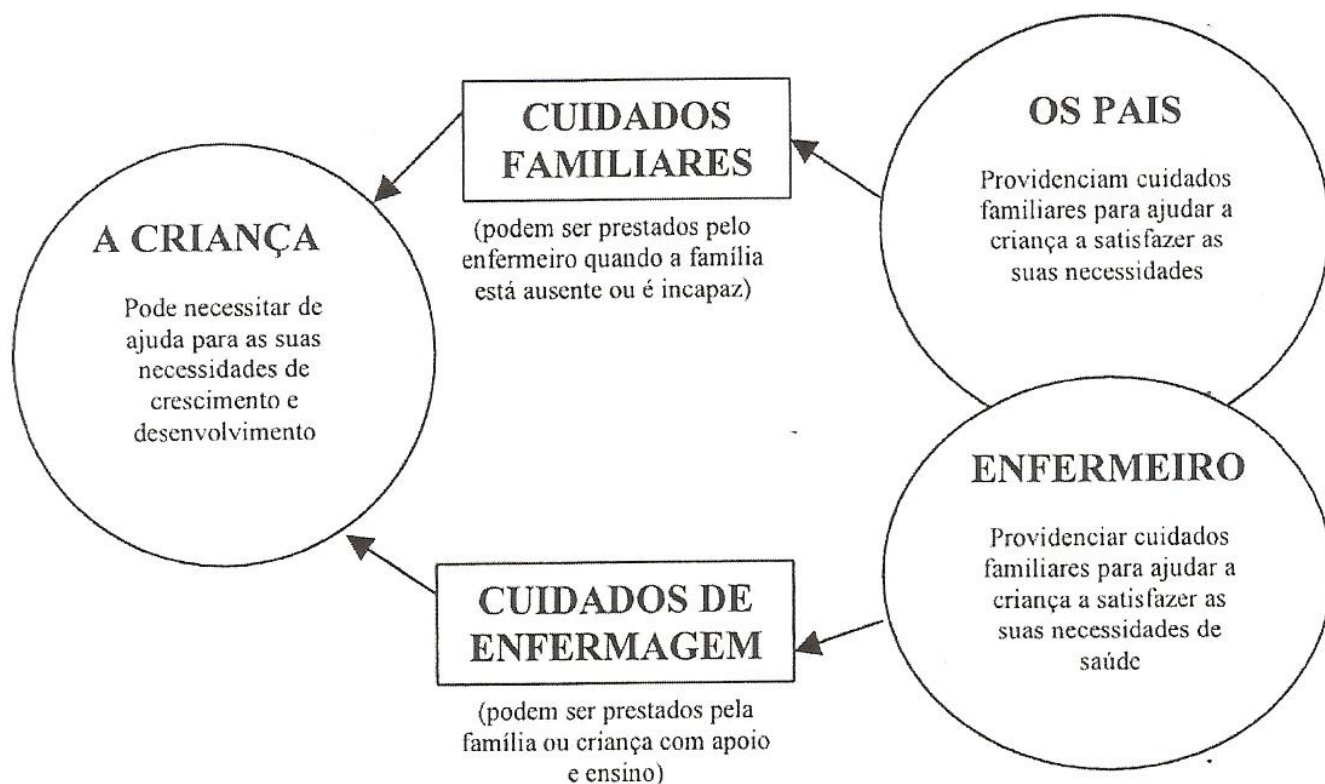
Anexo I



Fonte: Leopardi, 1999.

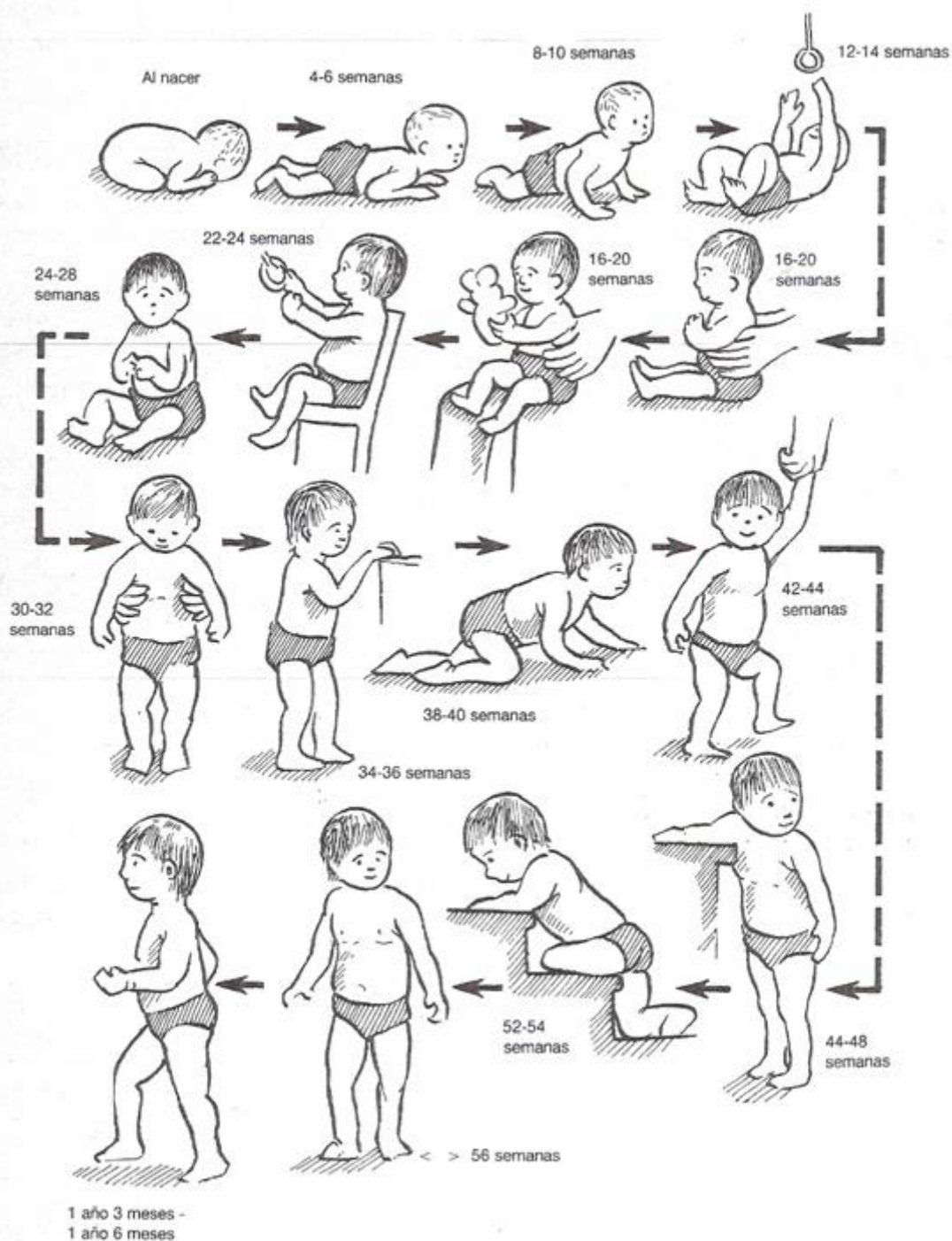
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/510>

Anexo II














Fonte: Casey e Mobbs (1988:6)

Anexo III



Ficha de acompanhamento do desenvolvimento

Registro: _____		Nome: _____														
Data de nascimento _ / _ / _	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (<i>Reflexo de Moro</i>)															
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada															
	Olha para a pessoa que a observa															
	Dá mostras de prazer e desconforto															
	fixa e acompanha objetos em seu campo visual															
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente															
	Arrulha e sorri espontaneamente															
	Começa a diferenciar dia/noite															
	Postura: passa da posição lateral para linha média															
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço															
	Emite sons - Balbucia															
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva															
	Rola da posição supina para prona															
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo															
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro															
	Reconhece quando se dirigem a ela															
	Senta-se sem apoio															
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra															
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos															
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras															
	Arrasta-se ou engatinha															
	Pega objetos usando o polegar e o indicador															
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido															
	faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)															
Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)		Idade (meses)						Idade (anos)								
		18	24	30	36	42	48	2	3	4	5	6				
	Anda sozinha, raramente cai															
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário															
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras															
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista															
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão															
	Corre e/ou sobe degraus baixos															
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente															
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu															
	Veste-se com auxílio															
	Fica sobre um pé, momentaneamente															
	Usa frases															
	Começa o controle esfincteriano															
	Reconhece mais de duas cores															
	Pula sobre um pé só															
	Brinca com outras crianças															
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)															
	Veste-se sozinha															
	Pula alternadamente com um e outro pé															
	Alterna momentos cooperativos com agressivos															
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias															

☒ Período em que 90% das crianças adquirem o marco
☐ Presentes até o 4º mês

P= presente; A= ausente; NV = não verificado
 Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.

Anexo IV

ESCALAS DE DOR

www.blackbook.com.br

ESCALA DE DOR NFCS (Neonatal Facial Coding System) - Recém nascidos							
Detalhe ↓	Pontos →	0	1	Detalhe ↓	Pontos →	0	1
Fronte saliente		Não	Sim	Boca estirada (horiz/vertical)		Não	Sim
Fenda palpebral estreitada		Não	Sim	Língua tensa		Não	Sim
Sulco naso-labial aprofundado		Não	Sim	Protrusão da língua		Não	Sim
Boca aberta		Não	Sim	Tremor do queixo		Não	Sim

Considerar presença de dor quando 3 ou mais destes detalhes aparecendo consistentemente durante a avaliação.
Máximo: 8 pontos

ESCALA DE DOR NIPS (Neonatal Infant Pain Score) - Recém-nascidos a termo e prematuros						
		Pontos			Pontos	Interpretação
Expressão facial	Relaxada	0	Braços	Relaxados ou imobilizados	0	A escala vai de 0 a 7. Considerar <u>presença de dor</u> quando os pontos da escala somarem 4 ou mais. Falha nas crianças muito doentes para reclamar e nos pacientes curarizados.
	Contraída	1		Fletidos ou estendidos	1	
Choro	Ausente	0	Pernas	Relaxadas ou imobilizadas	0	
	Resmungos, fraco	1		Fletidas ou estendidas	1	
Respiração	Vigoroso	2	Consciência	Dormindo ou acordado calmo	0	
	Normal	0		Desconfortável	1	
	Alterada, irregular	0				

ESCALA DE DOR PIPP (Premature Infant Pain Profile) - Dor aguda em recém nascidos, em procedimentos							
		Pontos			Pontos	Interpretação	
Idade gestacional	≥ 36 semanas	0	Aumento da FC após o procedimento	Aumento de 0 a 4 bpm	0	A escala vai de 0 a 21. Escores acima de 6 mostram dor leve e acima de 12 apontam a presença de dor moderada ou intensa.	
	32 a 35 sem. e 6 dias	1		Aumento de 5 a 14 bpm	1		
	28 a 31 sem. e 6 dias	2		Aumento de 15 a 24 bpm	2		
	< 28 semanas	3		Aumento de > 25 bpm	3		
Estado de alerta observado por 15 segundos antes do procedimento	Acordado e ativo, olhos abertos e com movimentos faciais	0	Queda na saturimetria após o procedimento	Queda de 0 a 2,4 %	0		
	Acordado mas quieto, olhos abertos e sem movimentos faciais	1		Queda de 2,5 a 4,9 %	1		
	Dormindo e ativo, olhos fechados e com movimentos faciais	2		Queda de 5,0 a 7,4 %	2		
	Dormindo mas quieto, olhos fechados e sem movimentos faciais	3		Queda de 7,5% ou mais	3		
Estimar a idade gestacional de anotar a frequência cardíaca e a saturimetria de base antes do início do procedimento. Imediatamente após o procedimento voltar a anotar a frequência cardíaca e a saturimetria para pontuar.			Imediatamente após o procedimento observar durante 30 segundos os três sinais faciais abaixo. Considerar <u>máximo</u> se o sinal está presente por mais de 70% deste tempo; <u>moderado</u> se presente entre 40 e 69% do tempo; <u>mínimo</u> se entre 10 e 39% e <u>ausente</u> se por menos de 9% do tempo de observação.				
			Pontos →	0	1	2	3
			Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
			Olhos espremidos	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
			Sulco nasolabial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

ESCALA CRIES (Crying, Requires of oxygen for saturation above 95%, Increased vital signs, Expression, Sleep) - Pós-op. de RN						
		Pontos			Pontos	Interpretação
Choro	Ausente ou choro normal	0	Expressão facial	Normal, relaxada	0	A escala vai de 0 a 10. A escala deve ser aplicada em intervalos de 2 horas, nas primeiras 24 horas de pós-operatório e a cada 4 horas por mais 1 ou 2 dias. Deve-se considerar um escore igual ou maior que cinco como indicativo de necessidade de analgesia.
	Choro agudo, consolável	1		Caretas eventuais	1	
	Ch. agudo, inconsolável	2		Crispada, contraída	2	
Exigência de oxigênio	Nenhum	0	Sono na última hora	Normal	0	
	Menos de 30% de FIO2	1		Acorda frequentemente	1	
	Mais de 30% de FIO2	2		Acordado	2	
Aumento da FC e da PA	Sem aumento	0				
	Até 20% de aumento	1				
	Mais de 20% de aumento	2				

ESCALA DE DOR CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) - Crianças de 1-5 anos						
		Pontos			Pontos	Interpretação
Choro	Não	1	Tronco	Relaxado, posição neutra	0	A escala vai de 4 a 13.
	Choro fraco ou silencioso	2		Movimento de incômodo	2	
	Choro gritado, histérico	3		Tenso, tremor, estremece.	2	
Facial	Sorrindo	0	Ferida	Em pé ou imobilizado	2	
	Tranquilo	1		Nenhum gesto	0	
	Crispado ou tenso	2		Protege, toca, segura	2	
Verbal	Fala de outras coisas	0	Perna	Quieta ou movim. leves	1	
	Não fala, ou outras queixa	1		Esperneia, pedala, tensa	2	
	Queixa dor	2		Em pé ou imobilizada	2	

ESCALA DE DOR MOPS (Modified Objective Pain Scale) - Pré-escolares e escolares (2-11 anos)						
		Pontos			Pontos	Interpretação
Choro	Não	0	Postura	Normal	0	A escala vai de 0 a 10. Os próximos pais podem aplicar a escala mas o escore dado pelos pais tende a ser um pouco maior que o dado pelos médicos e enfermeiras.
	Consolável	1		Em flexão	1	
	Inconsolável	2		Segura, protege a lesão	2	
Movimento	Nenhum	0	Verbal	Dormindo ou sem queixa	0	
	Inquieto	1		Queixa sem localizar	1	
	Muito, excessivo	2		Queixa e localiza a dor	2	
Agitação	Dormindo ou repouso	0				
	Agitação moderada	1				
	Histérico	2				

ESCALA DE RAMSEY PARA AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SEDAÇÃO	
NÍVEL DE ATIVIDADE	PONTOS
Comatoso, sem resposta após estímulo tátil moderado (tapinha no ombro)	1
Adormecido ou desperta com o estímulo (tapinha no ombro ou similar)	2
Calmo quando acordado, cateteres e sondas sem risco	3
Agitado, cateteres e sondas em risco	4
Agitação extrema, incontrolável, debatendo-se	5

Entre 2 e 3 pontos é considerado o nível de sedação ideal, o paciente parece tranquilo e responde bem a estímulos